Пролетары ўсіх краёў, злучайцеся!

БЕЛАРУСКАЯ СОЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

НЯХАЙ ЖЫВЕ ДЗЕСЯТАЯ ГАДАВІНА
КАСТРЫЧНІКАВАЕ РЭВОЛЮЦЫІ!

# БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

(БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ)



№ 9—12

ВЕРАСЕНЬ—СЬНЕЖАНЬ



ВЫДАНЬНЕ НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ Б. С. С. Р.
МЕНСК—1927

## ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1928 г.

**НА ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛ**

# „ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА“

**ГОД ИЗДАНИЯ 7-й**

**ЖУРНАЛ ВЫХОДИТ ПОД РЕДАКЦИЕЙ КОЛЛЕГИИ:**

Д. И. ЕФИМОВ (ответ. редактор), И. И. НИКОЛАЕВ, А. Н. МАРЗЕЕВ, С. И. ЗЛАТОГОРОВ, С. А. ТОМИЛИН, И. А. ЛИБЕРМАН, А. И. ЕФИМОВ, Б. Я. СУСЛОВ, Я. И. ЛИФШИЦ, Л. Д. УЛЬЯНОВ (секретарь).

**В ЖУРНАЛЕ ИМЕЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ОТДЕЛЫ:**

1. ОБЩАЯ ГИГИЕНА.
2. БАКТЕРИОЛОГИЯ и ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.
3. СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА и САНИТАРНАЯ СТАТИСТИКА.
4. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА и ОХРАНА ТРУДА.
5. ОХРАНА МАТЕРИНСТВА и ДЕТСТВА.
6. БЛАГОУСТРОЙСТВО НАСЕЛЕННЫХ МЕСТ, ЖИЛИЩНОЕ ДЕЛО и САНИТАРНАЯ ТЕХНИКА.
7. СОЦИАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ и САНИТАРНЫЙ БЫТ.
8. САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ.
9. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.
10. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.
11. С'ЕЗДЫ, КОНФЕРЕНЦИИ и СОВЕЩАНИЯ.
12. РЕЦЕНЗИИ, РЕФЕРАТЫ и БИБЛИОГРАФИЯ.
13. ИНФОРМАЦИЯ и ХРОНИКА.

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ ЗАБЛАГОВРЕМЕННО (В ИЗДАТЕЛЬСТВЕ „НАУЧНАЯ МЫСЛЬ“, ХАРЬКОВ, ПУШКИНСКАЯ, 14), ТАК КАК ОПЫТ ПРОШЛЫХ ЛЕТ ПОКАЗАЛ, ЧТО ПЕРВЫЕ НОМЕРА ЖУРНАЛА РАСХОДЯТСЯ ПОЛНОСТЬЮ И ПОДПИСАВШИЕСЯ С ОПОЗДАНИЕМ ЛИШАЮТСЯ ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛУЧИТЬ ГОДОВОЙ КОМПЛЕКТ.

**ПОДПИСНАЯ ПЛАТА:**

На 12 мес. . . . 12 руб.
„ 6 мес. . . . 6 „
Отдельный экземпляр . 1 „ 20 коп.

**Участковым и санитарным врачам, лечучреждениям—скидка в размере 15% (при коллективной подписке не менее 10 экз.)**

**ПЛАТА ЗА ОБ'ЯВЛЕНИЯ:**

За целую страницу позади текста—100 р.
½ стр.—55 руб. и ¼ стр.—30 руб. и т. д.

**Денежные суммы желательно переводить по адресу:**

Харьков, Украинбанк, текущий счет Из-ва «Научная Мысль» № 657 или Промбанк № 299.

*АДРЕС РЕДАКЦИИ ЖУРНАЛА:*

*Харьков, Пушкинская, 14. Телефон №36-02.*

Пролетары ўсіх краёў, злучайцеся!
БЕЛАРУСКАЯ СОЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

Том III

3-ці год выданьня

# БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

## (БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ)



№ 9—12

ВЕРАСЕНЬ—СЬНЕЖАНЬ

ВЫДАНЬНЕ НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ Б. С. С. Р.
МЕНСК—1927




Заказ № 809. У ліку 550 экз. Галоўлітбел № 233.

1-ая друкарня Беларускага Дзяржаўнага Выдавецтва.

*Прысьвячаецца*
*дзесятай гадавіне*
*Кастрычнікавай рэволюцыі*

# Общественное здравоохранение и гигиена.

## Пролетарская сущность советского здравоохранения.

**М. И. Барсуков.**

Часто раздаются такие голоса, что, дескать, нет существенной разницы между старой земской медициной и новой советской. Некоторые даже идут еще дальше и говорят, что все хорошее, что мы сейчас имеем в здравоохранении, целиком списано с земщины, и в сущности ничего особенного советская медицина не создала. Мне думается, что здесь кроется или сознательная забывчивость или нежелание хорошенько разобраться, проанализировать то, что теперь существует.

Перед десятой годовщиной пролетарской революции, когда весь Советский Союз, а вместе с ним и сознательные рабочие всего мира готовятся подвести итоги, беспримерного в истории, опыта диктатуры рабочего класса—необходимо и крайне полезно разобраться в вопросах строительства советской медицины.

Мы слишком привыкли к этому слову „Советская медицина“, а потому иногда забываем те этапы борьбы и ту сущность, которые связаны с этими двумя для нас славными именами.

В истории человечества впервые у нас в Советском Союзе, только благодаря пролетарской революции, были так резко и четко поставлены перед государственной властью вопросы здравоохранения, как большая социально-оздоровительная проблема. Только при диктатуре рабочего класса стали возможны настоящие, правильно проводимые мероприятия по устранению вредных причин, влияющих на распространение социальных болезней, и только рабочий класс сумел медицину сделать общественной, близкой и понятной для трудящихся.

Характерной чертой медицины на протяжении целого ряда веков, начиная с седой древности, кончая периодом расцвета буржуазного общества, было стоять в хвосте народной жизни. Мы знаем и нам хорошо известны отдельные деятели медицины, великие творцы новых идей и открытий, но мы почти ничего не знаем, насколько медицина внедрялась в социальную жизнь, насколько ей присущи были социально-экономические задачи. Медицина считалась частным делом, и на врача смотрели, только как на ремесленника, и оценивали его качество исключительно лишь с лечебной точки зрения. Врач невольно замыкался в свою врачебную технику, больше уделял внимания на индивидуальное изучение больного, а все, что касалось внешней среды условий, при которых проходила жизнь больного—отодвигалась в сторону. Все это накладывало на врача особый, специальный отпечаток и не случайно, что целый ряд величайших идей в области медицины

создавалось не врачами, а биологами, каковыми были, например, Пастер и Мечников.

Такая замкнутость, самоизоляция врачебного мира от внешней среды, от желания проанализировать влияние этой среды на организм человека, на первый взгляд кажутся совершенно непонятными и не логичными. Для нас в настоящее время является совершенно бесспорной истиной, что из всех естественно-биологических знаний—медицина должна быть наиболее тесно связанной и зависимой от той социально-экономической среды, в которой она развивается. Но эта истина для бесконечной плеяды врачей старого порядка была неуяснима, и они продолжали строить свою мысль на схоластике и на строго индивидуальных основах.

Об'яснение всего этого можно лишь найти, если мы подойдем к оценке прошлого с марксистской точки зрения.

Что из себя представлял врач в течение долгих веков человеческой культуры? Это был в понятии древнего античного общества—раб, а в более позднее время стал чиновником на службе того класса, который в данный исторический момент возглавлял государственную власть.

Развитие медицины с несомненностью доказывает, что быт общества, социально-политический строй государства неизбежно откладывали на медицине свой отпечаток и делали последнюю точным отражением всех положительных и отрицательных сторон общественной жизни.

История медицины, начиная с древнего Египта, Греции, Рима, феодальной эпохи и кончая новейшим капитализмом—неизменно отражала на себе зависимость от тех классовых противоречий, той классовой борьбы, которая тогда происходила.

На самой ранней заре человеческой культуры основной задачей врача было оказание лечебной помощи больному, облегчение его страданий. И только лишь с усложнением человеческого общества, с последующим распадом, дифференциацией на классы, стала постепенно меняться и психология врача. Когда в усложнившейся обстановке классовых противоречий, стали пред'являть к врачу несколько иные требования, когда классовая борьба обострилась и стала резко чувствоваться на санитарном состоянии населения — среди врачей начали раздаваться отдельные, правда, очень робкие голоса, заявлявшие о необходимости пересмотра старого медицинского взгляда на болезнь.

Характерно, что именно в 1848 году, в год революционной бури, пронесшейся по Европе, когда впервые заговорили о пролетариате, как о новой грозной силе, идущей на смену буржуазии—Рудольф Вирхов публикует свой труд, в котором выдвигает целый ряд социально-профилактических мероприятий, как наилучшую методику по борьбе с эпидемиями. Правда, тогда еще не было благоприятной почвы, чтобы эти идеи нашли доброжелательный отклик, и медицинский журнал „Die Medicinische Reform", где эти идеи наиболее широко популяризировались, издаваемый под редакцией Вирхова, через год должен был прекратить свое существование. Прошли еще долгие годы, нужна была героическая борьба рабочего класса, чтобы идеи профилактики окончательно завоевали себе права гражданства.

Насколько у нас в старой дореволюционной России была не популярна медицина и какой антиобщественный характер имели врачи до-земского периода—может служить к примеру тот тип уездного лекаря, который так красочно описан Гоголем и Тургеневым. В умах

тогдашнего обществa, а особенно среди крестьянства, представление о враче ассоциировалось с понятием наихудшего чиновника царского режима.

Вот что пишет в 1891 г. проф. Загоскин в своей брошюре „Врачи и врачебное дело в старинной России“—„В течение более полутора столетия, протекшего от начала XVIII века, существовала на Руси целая иерархия врачей-бюрократов, но между этими врачами и народом лежала ничем незаполнимая пропасть. Эти чиновники-врачи исполняли всякие официальные поручения, с грехом пополам производили досмотры и „анатомии“, заседали в разных присутствиях, наполняли списки „входящих“ и „исходящих“ бумаг, но для народных масс их сомнительные знания были также мало доступны, как мало доступны были для них и царские врачи XVI и XVII веков, тем более, что в числе этих врачей-бюрократов еще не особенно так давно были не в редкость личности, все знание которых русского языка ограничивалось, как у приснопамятного гоголевского Христана Ивановича, умением издавать неопределенный звук, средний между гласными „е“ и „и“. Да и в самом обществе слабо развито было сознание необходимости общественной медицины. Наглядный пример тому представляет уездный город Казанской губернии Козьмодемьянск. В 1767 году в наказе депутату, избранному городом Козьмодемьянском в комиссию для сочинения проекта нового уложения, заявлено ходатайство об упразднении должности лекаря: „От лекаря нам никакой нужды нет—заявляют козьмодемьяновские граждане, и пользоваться им никто не желает и впредь того требовать не будет и вовсе он нам ненадобен и жалованье отдают ему праздно“.

Такой жалкий, больше того, возмутительный вид представляла тогда медицина. Большее унижение трудно себе представить!

Свежим воздухом повеяло лишь с начала земского периода. Здесь была сделана первая попытка начать энергичную борьбу против этого пакостного, гнилого наследия от времени аптекарского приказа.

Земский период в царской России совпал с моментом начала раскрепощения буржуазной стихии и постепенного проникновения частного капитала во все поры помещичьего хозяйства. Вместе с тем, как крупное дворянское землевладение перестраивалось на капиталистический лад, мы одновременно видим рост и городских промышленных центров. Начинают строиться железно-дорожные пути, создаются крупные заводы, усиливается приток рабочей силы в город из деревни.

Крестьянство темное, забитое, поголовно неграмотное, влачило самое жалкое существование. Так называемая „великая“ реформа—освобождение от крепостного права, мало улучшила положение крестьянства, создав для него новые тяжести в виде малоземелья, экономической зависимости от помещика и бесконечный ряд новых налогов вплоть до „откупных“ за свою куцую свободу. Полуголодное существование, отчаянная бедность—резко отразились на здоровье. Мы видим, как целые деревни буквально вымирали от голода, туберкулеза и других болезней и как крестьянство калечилось на всю жизнь от сифилиса. Никакой медицинской помощи тогда не было. Не лучше было положение и рабочего на фабрике. Условия труда носили каторжный, кабальный характер. Никаких норм охраны труда тогда не существовало.

И вот на этом безотрадном фоне появляется земская медицина. Что из себя представляло в социальном отношении так называемое земское самоуправление?—Несомненно, это была первая ячейка той классовой буржуазной организации, которая с первых же дней своего

бытия, начала пытаться реформировать на свой классовый лад все стороны народного хозяйства. Зарождавшейся буржуазии нужно было в корне пересмотреть экономические отношения в стране и создать такие условия, при которых наилучшим образом и в первую очередь можно было бы построить промышленность в городе. Естественно, что все это упиралось также и в санитарную проблему, ибо без соответствующего оздоровления города, а также и деревни, как резервуара рабочей силы, невозможно было расчитывать на рентабельность рабочего труда в производстве.

Характерно и опять таки не случайно, а вполне закономерно, исходя из вышеуказанных причин, что первая профилактическая мысль в восемьдесятые годы прошлого столетия у нас и на Западе ударилась в сторону городов и крупных промышленных центров. Там медицина думала путем санитарно-технических мероприятий в корне разрешить и социально-экономические задачи. Самым интересным является то, что проводимая тогда канализация, водопроводная сеть, являлись, как бы самоцелью, а не средством. Коммунальное благоустройство рассматривалось, как основа, которая даст возможность побороть детскую смертность и общую ранимость бедняцких слоев населения, при чем все эти мероприятия не связывались с улучшением экономического и политического состояния рабочего класса, который наиболее был в этом заинтересован.

Для нас является совершенно очевидной истиной, что одна канализация без изменения условий жизни и труда рабочего класса ничего не сделает, и как бы ни хороши были бы все эти санитарно-технические усовершенствования, но при наличии капиталистической эксплоатации они не дали бы настоящего оздоровительного эффекта, и вся ценность любой канализации сводилась бы к нулю.

Любопытную оценку всех этих настроений дает врач М. М. Покровский в своей брошюре: „Наши санитарные задачи“, изданной в 1882 г. „Если мы остановимся над вопросом, почему рабочий не только сам работает на фабрике, при условиях, разрушающих его здоровье, но заставляет работать при тех же условиях и своего ребенка, то получим следующий ответ. Рабочий поступает так потому, что заработка, который он может получить за лишнее число рабочих часов и без работы его ребенка, будет ндостаточно для удовлетворения первых потребностей его жизни.

Та же причина принуждает мать оставлять своего ребенка почти на верную смерть и итти в кормилицы, чтобы через продажу своего молока—своей крови чужому ребенку, получить необходимые для жизни средства. Такой недостаток средств, необходимых для существования, который заставляет рабочего постепенным изнурением производить над собой процесс самоубийства и принуждает отца, мать быть виновниками ранней смерти их собственных детей; такой недостаток средств может быть поистине назван бедностью. Следовательно, бедность есть одно из условий большой смертности населения гор. Москвы и мы убеждены, что канализация не уменьшит этой бедности, а, следовательно, и смертности“.

Только последующие социальные сдвиги поколебали подобную однобокость в оценке всемогущества одних только социально-изолированных санитарно-технических мероприятий. Постепенно стал укрепляться взгляд, что работа в лаборатории, хотя и является важным предварительным условием, но не единственным, определяющим все содержание гигиенического исследования и гигиенических начинаний.

Без связи с экономикой гигиена останется пустой абстракцией и никакой практической ценности представлять не будет.

Нельзя и нецелесообразно отрывать профилактику и, в частности, санитарную технику от тех классовых устремлений, для удовлетворения которых все это делается. Только тесная увязка всей системы санитарных мероприятий с общим улучшением условий труда и быта рабочего класса, может дать прекрасные и прочные результаты.

Подобный взгляд на медицину, как в основном, науку социальную, мог утвердиться и получить широкое распространение только лишь после Октябрьской революции.

Империалистическая война 1914—1918 г. г. и вслед за ней широкая волна рабочих восстаний по Западной Европе нанесли глубокий удар всей старой политической системе. Мы видим, как вслед за этим начинают возникать на медицинских факультетах заграничных университетов особые кафедры социальной гигиены, и буржуазными правительствами делаются попытки об'единить здравоохранение в стройную систему государственной организации.

И если там на Западе мы имеем еще к сегодняшнему дню очень робкие и неуверенные шаги проведения широких санитарно-социальных мероприятий, то здесь у нас в Советском Союзе, мы можем с полной ответственностью заявить, что пролетарская революция смогла не только в теории, но и на практике в корне изменить все старые подходы к медицине.

В чем основном заключалась программа старой земской медицины? Свою идеологию старые земские врачи выковывали на Пироговских с'ездах, которые были до некоторой степени той трибуной, на которой можно было говорить то, о чем запрещалось писать. 1885 год—год первого Пироговского с'езда врачей—надо считать той исторической датой, когда стала оформляться земская медицинская мысль. С этого времени до февральской революции Пироговские с'езды были единственной легальной возможностью широкого обсуждения медико-санитарных вопросов под углом зрения общей критики царского режима. В этом их огромная революционная заслуга.

Хорошее представление о сущности земской медицинской идеологии можно найти в таблицах, приложенных к труду проф. З. Г. Френкеля „Общественная медицина и Социальная Гигиена“ 1926 г. Эти таблицы пытаются дать схематическое сравнение основных принципов земской и советской медицины. В одной из этих таблиц д-р В. С. Лебедев пишет в 1901 году следующее:

„Бесплатная, компетентная врачебная помощь всему населению и оздоровление в широком смысле условий жизни и работы населения—как цель; коллегиальность, гласность, деятельность, подлежащая свободному обсуждению, доступная общественному воздействию и контролю, как средство—вот на чем зиждется земская медицина, таковы ее непоколебимые устои, выработанные жизнью и отвечающие интересам народа“.

Здесь, как мы видим, повторяется то же самое, что было и с санитарно-техническими мероприятиями. Здесь самоцелью является врачебная помощь, а средством—коллегиальность, гласность и т. п. довольно смутные и неясные социальные моменты. Тут также затушевывается, отодвигается куда-то далеко основная социальная задача медицины—быть носительницей идеи профилактики, не в узком понятии этого слова, а как программа глубоких социально-экономических мероприятий, улучшающих положение рабочего класса и крестьянства.

Мы в советском понимании даем не расплывчатый, туманный лозунг о каком-то общественном контроле, не ставим наперед цеховую врачебную коллегиальность, а ясно и четко говорим, что здоровье трудящихся есть дело самих трудящихся. Мы вовсе не хотим уменьшать значения врачебной помощи, но мы ясно отдаем себе отчет, что эта помощь будет впустую, будет вертеться на холостом ходу, если вокруг врачей не станет мобилизоваться советская общественность. Для нас сейчас является совершенно очевидной истиной, что как бы мы не писали много хороших декретов по здравоохранению, но если все эти мероприятия не будут осознаны рабочими и крестьянами, если они не пройдут через их критику—никогда ни одно наше начинание не будет иметь успеха.

Весь десятилетний опыт советской медицины показывает, как методически снизу до верху проводился принцип вовлечения широких масс рабочих и крестьян в строительство здравоохранения. Тут мы шли двумя путями. Мы создавали общественный актив при сельских и городских советах, а также вовлекали рабочих и крестьян через Советы Социальной Помощи в непосредственное наблюдение и на помощь нашим лечебно-профилактическим учреждениям. На предприятиях, в жилищных товариществах у нас работали комиссии по охране труда и быта, где сами рабочие становились организаторами своего санитарного благополучия.

Правда, еще есть много недостатков в работе всех этих общественных ячеек, но есть и огромные практические результаты.

Безусловно, основным достижением всей этой работы явилось внедрение в гущу трудящихся масс понятия профилактики, популяризация наших лечебных учреждений. Вера в знахаря значительно упала, и теперь уже надо не завлекать рабочих и крестьян в наши больницы и диспансеры, а, к сожалению, сдерживать из-за недостатка средств, все усиливающийся нажим на расширение лечебно-профилактической помощи.

Яркой характеристикой практических результатов работы этих ячеек санитарной самодеятельности крестьян, служит материал тов. Казанской, напечатанный в „Бел. Мед. Думке" за 1926 г. в статье: „Итоги годовой работы санитарных троек на селе в БССР". Вот, что мы там имеем:

„Санитарные тройки Борисовского районного санитарного совета, под руководством последнего, боролись за искоренение старого быта, добились в некоторых деревнях осушки дорог, путем прорытия боковых канав; закрыли несколько непригодных колодцев и ввели кое-где регулярное метение улиц в деревне. Полностью охватил работу Плещеничский районный санитарный совет: в самом местечке проводится санитарный надзор, коммунальный и пищевой, изучается санитарное состояние местечка, устраиваются показательные суды над знахарями, установлены в общественных местах баки с кипяченой водой и читаются санпросветительные лекции во всех деревнях, путем прикрепления к ним определенных лекторов.

Не имея административных правил для выработки обязательных постановлений, районный санитарный совет через районный исполнительный комитет ввел правила для всего населения по вопросам охраны здоровья, куда входит: охрана источников водоснабжения (отвод водопоя и портомойни), санитарное содержание пекарен, булочных, мясных лавок, парикмахерских и мест общественного питания".

Можно было бы еще целую сотню привести примеров относительно деятельности санитарных комиссий, но мне думается—этого достаточно.

Тут с очевидностью ясно, насколько мы широко перешагнули с земского периода непосредственно к массам, и как эти массы помогают врачу в его трудной и сложной работе.

Не менее большая работа ведется и в Советах Социальной Помощи при диспансерах. Правда, она еще не везде одинаково развернута, но здесь причиной замедления, главным образом, является невозможность при наших теперешних экономических условиях выполнить все те врачебно-санитарные задания, которые выдвигаются советами. Мы еще упираемся в тяжелый жилищный кризис и в недостаточно организованное общественное питание. Все это в значительной степени понижает практический эффект Советов Социальной Помощи. К тому же надо добавить—у нас все еще не вполне достаточно врачей с организаторскими и общественными навыками.

Таким образом мы видим, что если в земской медицине большее ударение делалось на враче, на его лечебной деятельности в деревне и подчеркивалось исключительное значение врача в непосредственной организации медицины—советское здравоохранение весь центр тяжести переносит на рабоче-крестьянский актив, делая и его также ответственным за постановку лечебно-санитарного дела.

Вторым отличительным признаком советской медицины от земской является четкое классовое построение всей медико-санитарной деятельности, которая обслуживает бесплатно только рабочих и крестьян. Если раньше считалось возможным под общей формулой повышения работоспособности населения вкладывать такой-то внеклассовый признак, то мы открыто заявляем, что государственная медицина отвечает лишь за обслуживание трудящихся. Если мы обратимся к тому социальному составу больных, которые посещают наши бесплатные амбулатории и больницы, то мы можем констатировать, что абсолютное большинство приходящих за помощью составляют застрахованные и крестьяне.

Удельный вес частной медицины, находящейся в руках частнопрактикующих врачей, ничтожен в сравнении с государственной.

Советская медицина добилась того, что большинство фабрик и заводов имеют непосредственно на предприятиях пункты медицинской помощи, которые позволяют рабочим тут-же на месте получить врачебное пособие. Таких пунктов по всей БССР мы имели в 1927 году 51, при наличии 66 заводов, имеющих, примерно, свыше 100 постоянных рабочих.

Советская медицина стала нужной рабочему и крестьянину еще и потому, что сумела выпятить особенно те области здравоохранения, которые являются наиболее близкими к быту трудящихся. За 10 лет революции мы отмечаем большой рост ячеек по охране материнства и младенчества и энергичную борьбу с социальными болезнями. Если раньше слово профилактика пристегивалась лишь к санитарной организиции, то теперь профилактические методы мы целиком перенесли на все лечебное дело. Наши больницы мы постепенно превращаем в стационары диспансеров, а амбулатории начинают диспансеризироваться. Врачебная помощь все больше и чаще начинает рассматриваться не как лечебное воздействие на организм человека, а, главным образ., как вмешательство в те условия, в которых живет больной. Стремление изменить условия, создать благоприятный момент для трудовой жизни—вот, что особенно интересует советского врача. Отсюда тот огромный интерес, который привлекает советскую медицину к вопросу изучения профессиональных вредностей при трудовых

процессах. Диспансеризация является теперь настолько всеоб'емлющим методом в медицине, что постепенно вытесняет все прочие старые отжившие приемы, основанные исключительно на индивидуальном наблюдении.

Третье различие—это не противопоставление медицины советскому государству. Напротив, мы считаем, что только тесная связь с государством, вернее—создание государственной медицинской организации, может дать наилучшие практические результаты. Земские врачи крайне боялись Рейновского проекта министерства здравоохранения, ибо это означало полное крушение земского самоуправления. В условиях полицейского режима такая реформа, конечно, никакой пользы не могла бы принести, и медицина вернулась бы к эпохе аптечного приказа или приказа общественного призрения.

Другое мыслится при советской власти, призванной к жизни рабочими и крестьянами, при диктатуре рабочего класса, где есть полная возможность развернуть полный контроль самих трудящихся масс и где вполне обеспечено для советской демократии непосредственное участие в строительстве здравоохранения.

Наконец, четвертое различие—это социальный характер советской профилактики. Советская медицина ставит на первое место социальное законодательство и только увязывая с ним свои врачебные мероприятия—советское здравоохранение подходит к разрешению главнейших санитарных задач. При оценке качественного состояния здравоохранения, мы своим критерием считаем не только количество больниц или амбулаторий, но степень влияния здравоохранения на экономику страны. Правильное разрешение жилищного вопроса, охрана труда, общественное питание, коммунальное благоустройство, вся система развертывания промышленности и народного хозяйства в целом—вот, где должна правильно преломляться и вся наша система оздоровления трудящихся. Отсюда вытекает необходимость большего уточнения сферы действия каждой отдельной области медицины и большее изучение влияния социальных факторов на здоровье населения. Вот почему только в условиях советской власти могла занять такое видное место, как наука, социальная гигиена, ибо в руках рабочего класса—наука о здоровье будет служить могучим средством к закреплению завоеваний пролетарской революции, и при помощи ее нам легче будет строить коммунизм.

---

# Советское здравоохранение в БССР к 10-летию Октябрьской Революции.

Д. В. Лифшиц.

Прежде чем подводить итоги достижениям советского здравоохранения в Белоруссии, нужно остановиться на характеристике основного направления работы органов здравоохранения, на характеристике тех принципов, в свете которых достижения и итоги работы будут более выпукло выявлены и лучше поняты. Советское здравоохранение, как и другие области советского строительства, не просто продолжало работу прошлых ведомств, в данном случае, медицинских департаментов и старых медицинских деятелей, увеличивая только количественно или качественно ту медицинскую сеть, которая осталась от прошлого; советское здравоохранение сразу стало на другие рельсы и поставила совсем иные цели. Коренная установка советского здравоохранения лежит по пути не только предоставления в широких размерах высококвалифицированной, специализированной помощи трудящемуся населению, что само по себе в данных условиях также чрезвычайно важно, но главная задача лежит по пути предупреждения заболеваний, их возникновения и их развития. Конечно, эту задачу советская медицина понимает не только узко негативно, т. е. предупреждение появления того или иного заболевания, но и позитивно, ставя себе целью поднятие мощи, продуктивности и жизнеспособности всего населения. Советская медицина не ограничивается только чисто медицинской профилактикой, как-то: дезинфекция, прививки и т. п. и даже не только санитарно-техническими мероприятиями; профилактика советского здравоохранения—есть путь одновременно широких социально-гигиенических мероприятий, это путь увязки своей работы с задачами, которые себе ставит советская власть по линии улучшения материального и культурного состояния широких масс трудящихся. Профилактика советской медицины есть профилактика одновременно социальная. В культурно богатых капиталистических странах, капиталистических так называемых „демократиях", профилактика ставится больше в плоскости санитарных мероприятий и то больше в порядке общего коммунального благоустройства, и там действительно мы видим главные достижения в борьбе с такими заболеваниями, где успех этой борьбы зависит преимущественно от хорошо налаженной канализации, водоснабжения и других видов коммунального благоустройства, санитарной или общей культурности населения. Конечно, не все виды коммунального благоустройства и санитарной культуры доступны трудящемуся населению.

Заболевания, так называемые социально-профессиональные, тесно связанные с самой структурой капиталистического строя, его эксплоатацией трудящихся классов, колониальных народов, с его большими

крупными городами, местами скопления большого количества тех же трудящихся масс, находящихся в тяжелых социальных и бытовых условиях, в этой области успех борьбы с вышеуказанными заболеваниями в капиталистических странах не дает больших результатов. Неизбежные в капиталистическом обществе жилищная нужда рабочего класса и других трудящихся, плохое и недостаточное питание, профессиональные вредности производства, безработица, проституция, вместе взятые со всем комплексом различных форм угнетения трудящихся в капиталистическом строе как материальными, социально-политическими, национальными и другими видами угнетения, особенно среди колониальных народов,—вот основная причина социальных болезней: туберкулеза, венерических, нервных и других заболеваний, их беспрерывного возникновения и широкого распространения, и основная причина вымирания и понижения жизнеспособности населения.

Поэтому успехи капиталистического здравоохранения в борьбе с социально-профессиональными заболеваниями могут иметь характер только частичный, поверхностный, так как там нет настоящей радикальной социальной терапии, борьба не касается социальной этиологии этих заболеваний; кроме того, все эти успехи в значительной степени временны до ближайшего кризиса военного или хозяйственного, неизбежные и периодически повторяемые в капиталистическом обществе; эти успехи имеют не повсеместный характер, так как борьба касается не всех групп населения, охваченных этими болезнями, даже в метрополиях, а в колониях среди туземцев борьба с этими болезнями да и вообще медицинская помощь необычайно ничтожна.

Для иллюстрации степени заботы капиталистического государства о колониальных народах, может послужить следующая демографическая справка: смертность детей от 1 года в период 1919—1922 года в Англии (метрополии) на 1.000 родившихся достигла цифры 82. В Английской Индии мы имеем детскую смертность на 1.000 родившихся 272, кроме того, Английская Индия имеет отрицательный прирост — 0,6 на тысячу, т.е. коэффициент смертности выше коэффициента рождаемости на 0,6.

У нас в царское время еще в более худшем виде медицинские департаменты министерства внутренних дел и другие медицинские организации оказывали медпомощь трудящимся, занимались больше подлечиванием того или иного трудящегося и то кое-как и как-нибудь. Правда, лучшие представители из земских врачей ставили широкие идеалы лечебной помощи трудящемуся населению, и, временами давали совершенно правильную установку по линии профилактики, но практически при тех политических условиях полицейско-приказного, дворянско-капиталистического строя мало что могли сделать. Следует тут сказать, что значительная часть земских врачей того времени дальше политического либерализма, народнических настроений, любви к „страждущему" человеку, барско-снисходительного и гуманистического настроения к трудящемуся населению, не шла. Они мало верили в творческую силу рабочего класса, в его революционную роль, как руководителя всех трудящихся в борьбе с капитализмом за освобождение их от политического, экономического и духовного гнета, который является основным источником широкой распространенности заболеваемости среди трудящегося населения, и поэтому теория малых дел занимала слишком большое место среди деятелей земской медицины.

Нужно одно твердо знать и помнить, что основа основ всякой профилактики, успешного беспрерывного движения по пути оздоровления труда и быта трудящихся всего человечества есть прежде всего

уничтожение капитализма. Капиталистическая система есть основное препятствие к безостановочному улучшению материального положения трудящихся, росту их культуры, их самодеятельности, к безостановочному движению к безклассовому обществу—социализму, где не будет эксплоатации человека человеком, и потому капитализм есть основное препятствие к широким мероприятиям по оздоровлению и поднятию жизненной мощи всего трудящегося человечества. Октябрьская революция, свергшая власть помещиков и капиталистов в пределах бывш. Российской Империи, была одновременно социально-гигиеническим действием. В наших советских условиях дальнейшее развитие социально-гигиенических мероприятий будет исключительно зависеть от нарастания наших хозяйственных рессурсов и культурных благ. Поэтому для капиталистического Запада, как в прошлом для бывшей России, настоящая профилактика, ведущая к цели, идет только через уничтожение капитализма.

Вторым важнейшим принципом советского здравоохранения, который направлял работу органов советского здравоохранения—это лозунг—здоровье трудящихся есть дело самих трудящихся. Этот принцип тесно связан с предыдущим принципом советской медицины, так как принятие широких санитарно-оздоровительных мероприятий невозможно без широкого участия и самодеятельности самих трудящихся. Широкое привлечение рабочих и крестьян для участия в деле здравоохранения, как по линии медицинских организаций, особенно профилактического типа, например, в Советах Социальной Помощи при Туб. Диспансерах, при учреждениях Охматмлада, при Оздравдете, так и по линии секций Здравоохранения Горсовета, Комиссии Охраны Труда, в Комиссиях по оздоровлению Труда и Быта, Санкомиссиях и Сансоветах—есть основная задача органов советского здравоохранения. Лучшие представители земских врачей могли в царское время и даже во время керенщины вокруг вопросов здравоохранения сконцентрировать только мнение врачебной массы, они знали только одну коллегиальность—коллегиальность врачебную. Рабоче-крестьянские массы являлись по преимуществу об'ектом воздействия врачебной организации; суб'ектом действия, действующим лицом в строительстве здравоохранения рабоче-крестьянские массы становятся только после Октябрьской революции. В капиталистической Европе и Америке значительная часть медицинских и профилактических мероприятий, как борьба с социальными болезнями, Охматмлад и Оздравдет находятся в руках частных обществ, различных лиг, но там отсутствует участие широких масс трудящихся.

Принцип филантропии господствует в этих учреждениях; также вопрос обстоит с государственным медобслуживанием трудящихся, куда сами трудящиеся не привлекаются к участию в этом деле.

Дальше, нам нужно остановиться на характеристике классового принципа советского здравоохранения. Фактическим правом пользоваться бесплатной медико-санитарной помощью со стороны пролетарского государства имеют рабочие и крестьяне и другие трудящиеся, т. е. не меньше 95 проц. всего населения. Этот классовой подход оправдывается не только политически и экономически с точки зрения социалистической экономики, желая обеспечить медпомощью тех трудящихся, от которых государство ждет максимальной производительности труда и максимальной трудоспособности, но оно оправдывается также социально-гигиеническими соображениямя, соображениями профилактики Медпомощь получают те трудящиеся, которые, благодаря наследию прошлых лет, страдают от наиболее вредных условий труда и быта.

Таковым является в общем рабоче-крестьянское население, среди которого социально-бытовые заболевания имеют наибольшее место, профессиональная вредность производства особенно затрагивает промышленный пролетариат. Этот классовой подход вполне понятен и необходим в условиях диктатуры пролетариата, но не нужно этот подход толковать узко цехово, не дальновидно, что, например, не нужно лечить от заразных и эпидемических болезней нетрудящееся население, так как такой недальновидной точкой зрения мы могли бы только способствовать распространению заразных болезней также и среди трудящихся. Нужно подчеркнуть, что классовый принцип в медико-санитарном деле проводится, главным образом, по линии лечебной медицины, особенно по ее специальным видам. В период диктатуры пролетариата, переходный период от капитализма к социализму, при скудных пока наших средствах, нам нужно проводить ту линию, что медпомощь оказывается в наших советских медучреждениях только трудящимся, и из них в первую очередь рабочим и беднейшему крестьянству. Для более яркой иллюстрации нашего классового подхода, учета имущественного положения, укажу на принцип посылки на курорты: из всех застрахованных 80 проц. бронируется за рабочими от станка, а из крестьянской группы в первую очередь посылаются бедняки. Такая постановка, как я уже говорил, правильна и политически и с точки зрения оздоровительных мероприятий. В царское время и теперь в капиталистических странах имеется тоже классовый подход, буржуазный подход, но с точки зрения интересов профилактики все это выходит вверх ногами. Самую квалифицированную помощь получают наиболее состоятельные элементы, богатый эксплоататорский класс. В царское время, как теперь в капиталистических странах, например, курортная помощь доступна только богатому классу.

Дальше, нам нужно остановиться еще на одной принципиальной особенности—на принципе единства советского здравоохранения, единства управления, руководства. Единство управления и руководства обеспечивает плановость в работе, рационализацию работы. В деле здравоохранения раздробленность, параллелизм мстит за себя вдвойне: во-первых, получается излишняя трата сил и средств, их распыление, и отсюда понижение самого эффекта работы, во-вторых, бывает прямой вред делу, особенно во время эпидемии. Тут несогласованность буквально смерти подобна. При советской власти дело здравоохранения должно быть делом государственным, неот'емлемой частью пролетарского государства и должно находиться в едином органе— Народном Комиссариате Здравоохранения, обеспечивающим ему единое направление, единый план и должную увязку его различных частей.

Теперь даже в капиталистических странах, несмотря на всю анархию производственно-хозяйственного и бытового уклада капиталистического мира, несмотря на всю ведомственную инертность и взаимную грызню ведомств, желающих во что бы то ни стало удержать все то, что волею судеб им досталось по своему ведомству, министерства здравоохранения начинают организовываться в ряде капиталистических стран, конечно, только с целью укрепления жизнеспособности капиталистического общества, а не радикального изменения условий жизни болеющих масс трудящихся. Советская медицина об'единила под свое руководство и управление всю медицину отдельных ведомств, например, министерства внутренних дел, путей сообщения, военно-санитарное ведомство, земскую медицину и медицину больничных касс или так называемую страховую медицину. По поводу земской медицины и страховой медицины уместно сказать несколько слов об их

отношении в прошлом к об'единению дела здравоохранения. Земская медицина была в царское время в большой оппозиции к об'единительным тенденциям проекта профессора Рейна об организации министерства здравоохранения (это было накануне падения самодержавия), опасаясь совершенно основательно бюрократических мертвящих лап министерских канцелярий старого строя.

Больничные кассы, начиная с 1912 года, находясь под руководством большевиков, были полулегальными опорными пунктами обстрела самодержавия и борьбы с капиталистами. Естественно, они должны были отрицательно отнестись к проектам царского правительства. В данный момент при советской власти, естественно, отпали всякие мотивы отрицательного отношения к единому руководству, единства советской медицины, так как советское здравоохранение является частью советской системы, строющейся на основе советской демократии, на основе демократического централизма. Советская система дает большую самостоятельность местным органам советской власти по различным областям обслуживания нужд трудящихся. Поэтому, всякое возражение со стороны старых лучших представителей земской медицины отпало. Также, конечно, и для представителей страховой медицины, так как при советской власти, являющейся формой диктатуры пролетариата, политически бессмысленно и нецелесообразно строить отдельную рабочую медицину и поэтому и здесь всякие возражения против единства советского здравоохранения могут только корениться в старых дореволюцонных пережитках.

Теперь перехожу к самым итогам. Для правильной и более продуктивной оценки достижений советского здравоохранения в Белоруссии к десятой годовщине Октября, нужно иметь сравнительные данные довоенного периода, потом данные периода 1921-22 г. и данные советского здравоохранения в настоящее время. Нужно отметить, что данные по разнообразным показателям состояния здравоохранения годов довоенного времени, как годов 1921-22 г., неполные. Сведения за 1921 год совсем отсутствуют. Военно-исторические судьбы Белоруссии за годы империалистической и гражданской войны, затем двухкратное укрупнение Белоруссии, перекройка округов—значительно отразилось на состоянии архивных документов и, главным образом, задержало их статистическую обработку. Но те имеющиеся документы и факты, а также статистические данные рисуют достаточно убедительно и конкретно достижения и успехи советского здравоохранения в Белоруссии. Работая в направлении вышеуказанных принципов советской медицины, идя в ногу с общим направлением советского хозяйства, под руководством коммунистической партии, мы имеем достижения количественные и качественные, далеко превосходящие довоенные нормы. Много видов медпомощи не существовало в царское время, существовала только плохая, малоквалифицированная амбулаторно-коечная помощь, в недостаточных размерах и слабые зачатки санитарной организации в лице нескольких санитарных врачей по губернским городам Могилева, Минска и Витебска с очень слабыми дезустановками в этих городах. При этом нужно еще добавить, что советское здравоохранение в 1921-22 г. г. получило в наследство от прошлого чрезвычайно потрепанную и ослабленную живую человеческую силу, с большим количеством инвалидов и травматиков, как результат прошлой жестокой эксплоатации труда и тяжелого национально-политического гнета, как результат империалистической и гражданской войны и годов эпидемий. Поэтому вопрос упорядочения амбулаторно-коечной помощи должен был занять сразу видное место в работе первых и дальнейших годов

советского здравоохранения на ряду с большой работой по борьбе с различными эпидемиями. По приблизительным подсчетам в довоенное время в период с 1911-14 г. г. в пределах Минской, Могилевской и Витебской губерний (в пределах настоящей БССР) было коек в губернских и уездных центрах 1.900 вместе уже с лечебными учреждениями Красного Креста, койками еврейских больниц и частных лечебниц, а в сельских местностях было приблизительно около 1.000 коек. Теперь мы имеем на 1927 г. в городах вместе с санаториями 4.335 коек, не считая коек детдомов и ясельных коек, а в сельских местностях имеем по больницам 2.156 коек, что вместе составляет 6.491 койку, т. е. больше чем в два раза превышает довоенный коечный фонд. Нужно здесь подчеркнуть, что хотя темп роста коечного фонда в окружных городах больше, чем в деревнях, но нельзя забывать, что городские койки обслуживают также деревню, как, например, окружные больницы, заразные больницы, фавозные лечебницы, психобольницы и др. Нужно отметить, что амбулаторно-коечная сеть как в городе, так и в деревне, не только выросла количественно в несколько раз, но и качество этой помощи значительно выросло особенно по городам. Помощь оказывается более квалифицированная по всем видам специальностей соответствующими специалистами, в отличие от прошлого довоенного периода, когда общий врач, на все руки мастер, и фельдшер были основными фигурами по медицинской помощи трудящемуся населению.

Не буду подробно останавливаться на характеристике всех видов медицинской помощи советского здравоохранения, также на характеристике специальной лечебной помощи, так как это слишком расширило бы рамки данной статьи. Упомяну только некоторые виды специальной медицинской помощи, например, протезную помощь: мы имеем в Минске Центральную Ортопедическую амбулаторию (зародыш будущего отделения Механо-Терапии и Ортопедии Института Физических Методов Лечения) с протезной мастерской при ней, которая снабжает инвалидов войны и труда всеми видами протезов по всей БССР; затем мелко-протезной помощью, зубной, глазной и др.—мы снабжаем значительную часть застрахованных и их семей, чего не было в прошлом. Дальше укажу на рентгеновскую помощь. Во всех окружных городах и крупных районных центрах имеются рентгеновские кабинеты. В Минске имеем несколько рентгеновских установок по терапии и диагностике.

Кроме того, нужно отметить, что в дореволюционное время зубная помощь, например, совершенно отсутствовала в деревне, теперь имеем в сельских местностях 147 зубоврачебных кабинетов.

К сожалению, точных цифр о количестве амбулаторий, больниц и врачей, какое было в дореволюционный период, не удалось собрать, но некоторые неполные сравнительные показатели состояния лечебной помощи в прошлое дореволюционное время и в настоящий момент к десятилетию Октябрьской революции можно получить, если возьмем количественные и качественные показатели и коэффициенты лечебной помощи по Минской губ. и те же показатели по БССР к 1927 году.

Такое сравнение считаю допустимым, во-первых, потому, что Минская губ. мало чем отличается в этом отношении от Могилевской и Витебской губ., а во-вторых, сравнение в нижеприведенных показателях и в коэффициентах может дать только небольшую ошибку в выводах. По данным ЦСУ состояние лечебной помощи в Минской губ. 1911—1913 г. (по данным Минской Земской Управы) и по БССР в период 1924—1927 г. г. следующее:

## Состояние лечебной помощи по БССР.

| | Довоенные годы | | | Послевоенные годы | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1911 | 1912 | 1913 | 1924 | 1925 | 1926 | 1927 |
| 1. Площадь врач. уч. | 1635 | 1512 | 1358 | 575 | 555 | 485 | 440 |
| 2. Среднее число жит. на 1 врач. участок | 58700 | 55390 | 50720 | 22170 | 22000 | 19900 | 19100 |
| 3. Средний радиус врач. участка | 23 | 22 | 21 | 14 | 13,5 | 12,7 | 11,8 |
| 4. Колич. посещений на 1.000 жител. | 460 | 495 | 608 | 905 | 1195 | 1429 | нет еще сведений |
| 5. % принятых врачами | 32 | 28 | 31 | 75 | 86 | 85 | „ |
| 6. „ „ фельдшер | 68 | 72 | 69 | 25 | 14 | 15 | „ |

Сведения о 1921 г. отсутствуют; сведения о 1922-23 г. чрезвычайно неполны; также сведения годов империалистической и гражданской войн отсутствуют и, кроме того, они были бы малопоказательны для мирного развития страны.

Пункты 1, 2 и 3 касаются исключительно характеристики деревенской медицины, остальные пункты касаются и города и деревни. В этих показателях ясно выражены моменты приближения лечебной помощи к населению и качество лечебной помощи (в виде врачебной или фельдшерской) в довоенное время и в наше советское время. Показатели сами за себя говорят и не требуют дальнейших раз'яснений.

Аптечное дело, как и все другие части советского здравоохранения, с самого начала построилось на совершенно других основах, обернуло свое лицо к рабочим и крестьянам и стало их обслуживать. Национализированная аптека после Октябрьской революции поставила себе целью не извлечение коммерческой прибыли, а снабжение населения, так и учреждения органов здравоохранения доброкачественными медикаментами, инструментарием и предметами ухода за больными. Вместо лавочки-аптеки, особенно по деревням, в прошлом, мы имеем теперь аптеку, как часть лечебного дела органов здравоохранения и поэтому, естественно, что, несмотря на то, что количесто аптек немногим выше, чем в довоенное время, функции аптеки в смысле снабжения населения медикаментозной помощью значительно увеличились.

Из новых форм медпомощи нужно указать на помощь на дому или квартирную помощь. Теперь мы имеем во всех окружных городах и в четырех более крупных районных центрах помощь на дому в таких размерах, что на каждого застрахованного мы имеем в среднем пять посещений на дому. Районная квартирная помощь строится на диспансерных началах, на началах лечебно-профилактических, в тесном контакте со всей санитарной организацией. В довоенный период бесплатной квартирной помощи для трудящихся в пределах БССР не существовало. Приходится упомянуть, что скорой помощи, как государственного института, также в прошлом совершенно не было.

Дальше нужно указать на санаторную помощь трудящимся, которая не существовала в царское время. Мы имеем теперь 3 туберкулезных санатория в пределах БССР: одна легочная на 80 коек в Острошицком Городке, Минского округа, другая—детская костно-

туберкулезная на 100 коек в Черницах, Витебского округа и детская туберкулезная в Новинках на 25 коек местного значения. На 1928 г. открывается легочная туберкулезная санатория „Сосновка“ на 150 коек.

Дальше, из новых видов лечебно-профилактической помощи, мы имеем ночные санатории, которые у нас имеются по большим крупным промышленным районам, где рабочие, находясь в стадии начальных форм туберкулеза, не отрываясь от производства, после трудового дня, могут подлечиться, получить надлежащее питание и разумное развлечение и приобрести необходимые санитарно-гигиенические навыки. На время пребывания в ночном санатории, они отрываются от домашней обстановки. Такого типа учреждений не имеет даже богатая культурная Европа, так как для государственного капиталистического здравохранения такое внимание к рабочему и трудящемуся немыслима; но даже со стороны богатых филантропических организаций такая инициатива медпомощи рабочему не проявлена. Также нужно указать на чрезвычайно важные учреждения, вызванные к жизни советским здравоохранением—это диэтстоловые, где по медицинским показаниям желудочно-кишечным больным дается соответствующая пища или когда ослабленному организму требуется усиленное питание. (См. таблицу сети).

Курортная помощь для рабочих и крестьян также была невиданной формой медпомощи в царское время для трудящихся. В последние три года—1924-25-26—было отправлено на курорты около 400 крестьян и свыше 800 застрахованных только за средства органов здравоохранения.

Теперь остановимся на типе лечебно-профилактических учреждений, которые в царское время совершенно отсутствовали—это диспансеры туберкулезные, венерологические и нервные, методика работы которых проникает во всю систему нашего советского здравоохранения. Диспансер, как известно, занимается не только лечением, но и предупреждением заболевания. Диспансер производит обследование предприятий с точки зрения их вредности по тому или иному виду заболевания, например—туберкулезный диспансер с точки зрения вредности их для органов дыхания в смысле возможности развития туберкулеза и принимает целый ряд мер через соответствующие советские и профессиональные организации по устранению тех или других вредностей в производстве. Также диспансер производит обследование домашнего быта больных и принимает целый ряд мер по его оздоровлению. Таким образом, мы видим, что диспансер оказывает не только медико-санитарную помощь населению, но принимает через соответствующие организации, а также через самих рабочих ряд мер по оздоровлению труда и быта трудящихся. В зависимости от характера диспансера ведется учет того или другого вида заболевания в определенном районе или среди определенных групп населения и выявляют те или другие очаги заболевания. Дальше, диспансер ведет санитарно-просветительную работу среди населения; находится в тесной связи с соответствующими медико-санитарными учреждениями, например, туберкулезный диспансер связан с санаториями, домами отдыха, туберкулезными стационарами и т. п., а также связан с рабочими предприятиями, профессиональными организациями и органами охраны труда. При каждом диспансере имеется Совет Социальной Помощи, который составляется из представителей рабочих организаций и самих рабочих производства и имеет своей задачей оказать ту или иную социальную помощь как по линии улучшения производственных, так и бытовых условий больного.

Я несколько подробно остановился на ряде признаков, характеризующих диспансер для того, чтобы показать чем советский диспансер отличается от диспансера буржуазных государств.

Профилактическая основа советского диспансера глубоко социальна, как уже было указано, она тесно увязана, как с бытом больного, так и тем производством, где больной работает; работа диспансера направлена по линии оздоровления как труда, так и быта больного. Советский диспансер, как уже говорилось, проводит в жизнь поставленные себе задачи через соответствующие советские организации, профсоюзы и самодеятельность самих рабочих. Буржуазный диспансер, выросший на совершенно другой социально-экономической основе, ограничивает свою работу помощью больному и его семье преимущественно медико-санитарными мероприятиями; имеющаяся социальная помощь буржуазных диспансеров носит характер филантропический и вся его работа направлена только по линии оздоровления семейно-бытовых условий. Буржуазный диспансер не имеет никакой связи с производством, так как это может роковым образом отозваться на судьбе больного в смысле его увольнения, когда капиталист-владелец предприятия узнает о той или другой болезни рабочего; капиталистические законы—не на стороне рабочего и нет таких учреждений, которые могли бы позаботиться о рабочем в таких случаях. Кроме того, никаких Советов Социальной Помощи из представителей рабочих организаций и самих рабочих при буржуазных диспансерах не существует и нет о них и речи. Мы имеем по БССР к 1927 г. туберкулезных диспансеров—13, венерологических—12, нервных—1. Излишне добавить, что таких учреждений в дооктябрьское время у нас не было. Глубокую революционную роль по линии оздоровления быта и создания нового быта на ряду с диспансерами, санитарным просвещением, так и на ряду со всей работой советского здравоохранения, выполняет организация охраны материнства и младенчества и организация охраны детства и подростков трудящегося населения. Все достаточно знают, что детская смертность являлась бытовым явлением царской России и, конечно, и тех губерний, где теперь имеем советскую Белоруссию. Полное санитарное невежество матери, помощь знахарей и бабок, соски и жвачки и общая бедность населения ежегодно сводила в могилу сотни тысяч крестьянских детей. Отсутствие акушерской помощи, отсутствие медицинского совета беременной женщине, отсутствие ясель приводило к преждевременной изношенности, инвалидности трудящейся матери. Советское Здравоохранение вызвало к жизни широкую сеть учреждений по охматмладу, как ясли, которые дают возможность, оставаясь матерью, участвовать наравне с мужчинами в общей трудовой жизни, дальше имеются детские консультации, консультации для беременных, дома ребенка. В Белоруссии мы имеем детдомов на 1927 год—15, постоянных ясель—23, летних ясель—210, детских консультаций—51, в то время, когда таковые в дооктябрьское время совершенно отсутствовали.

По охране детского населения, детей школьников и подростков мы имеем детские диспансеры, которые ведут профилактическую и исследовательскую работу, а также оказывают лечебную помощь нуждающимся школьникам и подросткам. Путем периодических осмотров школьников, имеющих целью выработку штандартов физического развития школьника и подростка, а также выявление начальных форм заболевания, детские диспансеры ведут обследовательскую работу вместе с врачами ОЗД с целью выявления вредностей, связанных с условиями школьно-учебной жизни, а также домашне-бытовых

условий. В 1927 году детские диспансеры имеются в пяти округах, а в 1927-28 году открываются еще в двух округах. Школьно-санитарных врачей имеется 40. В царское время школьные врачи были только при гимназиях, куда кухаркины дети обычно не допускались, и работа школьного врача ограничивалась обычно чтением лекций по гигиене, предоставлением отдельным ученикам гимназий медпомощи и дачей разрозненных советов по санитарным вопросам, вытекающим из жизни гимназии. При учреждениях Охматмлада и детских диспансерах имеются соответствующие советы Социальной Помощи в тех или других формах, как и при всех профилактических учреждениях органов здравоохранения.

Санитарная организация в БССР слаба еще и поныне, но задачи перед ней стоят громадные. Советская власть Белоруссии получила от прошлого страну в чрезвычайно тяжелом санитарном состоянии, санитарно-технически крайне неблагоустроенную, почти с полным отсутствием санитарной культуры и еще продолжавшимися свирепствовать эпидемиями. Тут нелишне упомянуть о том, что города Белоруссии не имеют канализации и оставлены были со значительным количеством разрушенных зданий. Водоснабжение населенных мест недостаточное и во многих недоброкачественное (как в городе, так и в деревне). Слабое развитие банного дела, антисанитарное состояние жилищ и дворов как в городе, так и деревне, малый процент грамотных среди населения, особенно крестьянского, весь этот неполный перечень достаточно характеризует в санитарном отношении полученное советской властью наследство. Все это прошлое об'ясняется культурно-хозяйственной отсталостью села и местечка, сознательно поддерживаемой помещичьим строем царского самодержавия и теми разрушениями, которые нанесла империалистическая и гражданская война и разные оккупации. Конечно, нельзя ждать, чтобы за 6-7 лет можно было-бы ликвидировать культурно-хозяйственную отсталость страны и тесно связанное с этим антисанитарное состояние, но все-таки достижения имеются по этой линии по сравнению с довоенным временем. Санитарные органы и на этом фронте имеют успехи. Мы покончили с широко свирепствовавшими эпидемиями, особенно тифов, добились того, что эпидемичность Белоруссии в последние годы ниже довоенных норм. В царское время, кроме нескольких санитарных врачей по губернским городам Минска, Витебска и Могилева и некоторых слабых установок по этим же городам, как я уже говорил, больше ничего не было.

Теперь мы имеем санитарных врачей не только по всем окружным городам, но и по значительному количеству районов, всего 42 санитарных врача. Также мы имеем по всем окружным городам Санитарно-Бактериологические Лаборатории, кроме того, имеем Санитарно Бактериологический Институт в Минске, как центр научно-практической проработки вопросов по борьбе с эпидемиями в Белоруссии, который снабжает всю БССР всеми необходимыми сыворотками и вакцинами и противорабическим прививочным материалом. Санитарная организация начинает принимать активное участие в дела коммунального благоустройства. В Минске приступлено к сооружению канализации, по всей Белоруссии идет беспрерывное налаживание водоснабжения и банного дела. Санитарной организации удалось поднять широкую самодеятельность трудящихся масс в области санитарного оздоровления как города через Комиссии Охраны Труда, Санитарные Комиссии ЖАКТ'ов, так и деревни через Санитарные Комиссии Сельсоветов и Районных Советов, хотя эта работа очень еще недостаточна. Тут же нужно прибавить, что только при советском строе санитарное

просвещение могло получить широкий размах, так как санитарное просвещение и самодеятельность самого населения являются основными условиями, при которых возможно проведение широких оздоровительных мероприятий. Мы имеем широкую сеть сануголков по клубам, по избам-читальням и на предприятиях, мы имеем два дома Санпросвета в Минске и Витебске, третий с 1927-28 года открывается в Могилеве. Таковых учреждений при царском строе и быть не могло. Для того, чтобы иметь представление о существующей сети в довоенное время и сети за последние три года, прилагаю сравнительную таблицу.

Сравнительные данные по сети БССР.

| | 1914 всего | В городах | | | В прочих местностях | | | Всего по БССР | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1925 | 1926 | 1927 | 1925 | 1926 | 1927 | 1925 | 1926 | 1927 |
| 1. Количество больниц | неизв. | 31 | 37 | 45 | 75 | 94 | 113 | 106 | 131 | 158 |
| 2. Коек в них | 2900 | 2294 | 2902 | 3642 | 1358 | 1689 | 2111 | 3652 | 4591 | 5753 |
| 3. Врач. амб. при б-цах | неизв. | 10 | 12 | 13 | 75 | 91 | 111 | 85 | 103 | 124 |
| 4. Врач. амб. самостоят. | „ | 27 | 34 | 50 | 98 | 102 | 140 | 125 | 136 | 190 |
| 5. Фельдш. пунктов | „ | 1 | 3 | 3 | 119 | 145 | 148 | 120 | 148 | 151 |
| 6. Туб. диспансеров | 0 | 4 | 8 | 11 | — | 2 | 2 | 4 | 10 | 13 |
| 7. Вен. „ | 0 | 2 | 7 | 11 | — | 1 | 1 | 2 | 8 | 12 |
| 8. Нервн. „ | 0 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 |
| 9. Детск. консультаций | 0 | 12 | 15 | 19 | 4 | 12 | 32 | 16 | 27 | 51 |
| 10. Консультаций для беременных | 0 | — | 12 | 15 | — | — | — | — | 12 | 15 |
| 11. Детских домов | 0 | 13 | 12 | 15 | 2 | 2 | — | 15 | 14 | 15 |
| 12. Постоянных яслей | 0 | 6 | 12 | 20 | 1 | 2 | 3 | 7 | 14 | 23 |
| 13. Летних яслей | 0 | — | — | — | 45 | 117 | 175*) | 45 | 117 | 175**) |
| 14. Диэтстоловых | 0 | — | — | — | — | — | — | — | — | 5 |
| 15. Ночных санаторий | 0 | — | — | — | — | — | — | — | — | 6 |
| 16. Туберкул. санаторий | 0 | — | — | — | — | — | — | — | — | 3 |
| 17. Санитарных врачей | 8 | — | — | — | — | — | — | — | — | 42 |
| 18. Школьно-сан. врачей | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 40 |
| 19. Сан.-Бакт. Лаборат. | 3 | — | — | — | — | — | — | — | — | 11 |
| 20. Домов Санпросвета | 0 | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 |
| 21. Рентгенов. установок | 0 | — | — | — | — | — | — | — | — | 15 |
| 22. Научн. Институтов при Наркомздраве | 0 | — | — | — | — | — | — | — | — | 4 |

Сведения даны на 1 января каждого года.

*) Без Гомельщиины.
**) На внебюджетные средства были организованы: 5 районных консультаций и 35 полевых яслей.

За 1921 год отсутствуют всякие сведения, за 1922, 1923 также нет полных сведений.

В заключение необходимо подчеркнуть, что вся практическая деятельность органов здравоохранения, которой я коснулся в общих чертах (так как, главным образом, касался итогов строительства основных элементов советского здравоохранения) опиралась на научной проработке вопросов здравоохранения при помощи Научных Институтов Наркомздрава, также соответствующей проработкой их на научных совещаниях профессоров, руководителей клиник при органах Наркомздрава. При Наркомздраве имеется Бактериологический Институт, вновь организованный Санитарно-Гигиенический Институт, Институт Социальной Гигиены вместе с профклиникой для изучения профвредностей (безусловное детище советского здравоохранения) и с будущего года открывается Туберкулезный Институт. Кроме того, приступлено к постройке Института Физических Методов лечения. При Наркомздраве как постоянный орган работает Ученый Совет, составленный из различных представителей кафедр, профессоров медфака, где научно освещаются вопросы здравоохранения.

Для лучшей проверки результатов социально-гигиенического значения факта существования советской власти и в частности, советского здравоохранения, показательно будет привести сравнительные демографические сведения, статистические данные ЦСУ по Минской, Витебской и Могилевской губ. в довоенный период и в последние три года.

Естественное движение населения на 1000.

| ГОДЫ | Число родившихся | Число умерших | Естеств. прирост. |
|---|---|---|---|
| 1906 | 39,6 | 21,4 | 18,2 |
| 1907 | 41.4 | 20,3 | 21,1 |
| 1908 | 38.6 | 20,4 | 18.3 |
| 1909 | 37.9 | 20,1 | 17,8 |
| 1910 | 36.5 | 21,2 | 15,3 |
| 1924 | 39,6 | 15,2 | 24,4 |
| 1925 | 42,2 | 18.2 | 23,5 |
| 1926 | 41.3 | 14,2 | 26,4 |

Цифры эти показательны во всех отношениях. Они доказывают, что факт существования советской власти в пределах бывш. Минской, Витебской и Могилевской губ. дает ежегодное увеличение рождаемости и уменьшение смертности и значительный прирост населения в сравнении с довоенным временем.

Цифры детской смертности довоенного времени и в наше время также чрезвычайно показательны. Мы имеем детскую смертность в следующих цифрах на 100:

В 1906 году — 18,3
„ 1907 „ — 16,3
„ 1908 „ — 17,2
„ 1909 „ — 17,4
„ 1910 „ — 19,9
„ 1924 „ — 10,0
„ 1925 „ — 12,3
„ 1926 „ — 10,2

Мы имеем очень значительное снижение детской смертности в последние годы почти вдвое. Это две статистические параллели прошлого довоенного времени и настоящих лет по естественному движению населения, по детской смертности яснее ясного без лишних слов, подчеркивают наши достижения в деле оздоровления населения в такой короткий промежуток времени.

Конечно, эти достижения не следует рассматривать исключительно как результат деятельности органов советского здравоохранения. Рост культурного и материального благосостояния трудящихся масс при советской власти, при диктатуре рабочего класса, руководимой коммунистической партией—вот основной фактор оздоровления населения. Советское здравоохранение, являющееся частью советской системы, его профилактические учреждения, санитарные мероприятия, охрана материнства, младенчества и детства, расширенная квалифицированная лечебная помощь для трудящихся (по сравнению с довоенным периодом) сыграло также свою немалую роль в оздоровлении населения и понижении смертности.

## Заключение.

Под'итожив достижения советского здравоохранения к десятилетию Октябрьской революции нам нужно отметить, что мы в Белоруссии за короткий период достигли огромных результатов в деле строительства здравоохранения. Это стало возможным благодаря октябрьским завоеваниям, благодаря советской системе диктатуры рабочего класса, руководимой коммунистической партией. Самодеятельность самих трудящихся, руководство и помощь коммунистической партии, профессиональных и советских организаций, рост нашего хозяйства, улучшение материального и культурного положения рабочих и крестьян—вот, что нам обеспечило успех дела здравоохранения. При другом строе, при каких угодно формах буржуазного господства—эти достижения в такой короткий срок, при таком тяжелом наследии нищеты и отсталости были бы просто немыслимы. Советское здравоохранение, как и вся советская система в целом бьет по самым причинам заболевания, и в поле ее внимания находится то трудящееся население, условие жизни которого в прошлом были особенно благоприятны для развития всяких болезней. Наши достижения велики, но нам еще очень многого нехватает. Французская пословица что „с едой приходит аппетит“ особенно имеет применение в области удовлетворения культурных потребностей населения; мы не поспеваем за ростом потребностей в области здравоохранения со стороны трудящихся. Нам нужно подтянуться по линии укрепления санитарной организации, которая должна стать авторитетным участником и руководителем с санитарной точки зрения во всех видах коммунального благоустройства, слабым развитием которого особенно страдает Белоруссия. Затем нам нужно добиться увеличения коечного фонда. Нам предстоит проделать еще большую работу по больничному строительству как в городе, так и в деревне. Деревню нужно усилить более квалифицированной специальной помощью. Нужно еще сильнее развернуть наши научно-практические институты при органах здравоохранения. Наши достижения к десятилетию дают нам гарантию и все основания думать, что дело социалистического строительства и дело советского здравоохранения будет и впредь успешно развиваться по пути к полному и окончательному построению здорового и мощного социалистического общества.

---

# До и после.

*(Наблюдения и впечатления старого врача).*

**М. А. Поляк.**

Если-бы кто-нибудь из нас накануне 25-го октября 1917 г. впал в летаргический сон и проснулся лишь через 10 лет, то ему казалось бы, что совершилось какое-то чудо, что он попал на другую планету, где социально-экономические, политические, культурные и бытовые условия жизни резко отличаются от тех, в которых он жил. Он был бы также поражен тем крутым переломом, который совершился в идеологии и психологии своих современников.

Но и мы, не находившиеся в состоянии сна, а побывавшие на всех этапах этого переворота и бывшие живыми свидетелями тому, как в течение этих 10 лет, среди всяких препятствий, трудностей и лишений, иногда постепенно, иногда широкими взмахами обновлялась наша жизнь—и мы поражаемся теми достижениями, которые у нас сейчас имеются во всех областях государственной и общественной жизни, во всех видах человеческих взаимоотношений.

Для большей убедительности в таких случаях приводятся сравнительные цифры, таблицы, диаграммы, картограммы, схемы и т. п., иллюстрирующие рост той или иной общественной формы, того или иного учреждения. И это правильно: цифры говорят сами за себя, диаграммы красноречивее всяких слов. Но я не собираюсь приводить цифры, показывать кривые и диаграммы. Такого рода итоги с обильным статистическим материалом уже имеются в достаточной степени в нашей повседневной печати, а в частности, по строительству здравоохранения напечатаны в этой книжке соответствующие статьи, а еще раньше приведен богатый материал в работе нашего Наркомздрава М. И. Барсукова „За два года". Я не намерен рыться в отчетах, статистических материалах и документах, а хочу лишь поделиться повседневными наблюдениями над новой жизнью, чтобы судить о наших великих и изумительных достижениях. Я хочу передать лишь то, что каждый из нас видит, слышит и чувствует, соприкасаясь с различными явлениями новой жизни и с теми завоеваниями, которые дал нам Октябрь.

Недавно я увидел на самой далекой окраине города крестьянскую девушку, которая пасла корову. Последняя щипала тощую осеннюю травку, а девушка сидела на пне и читала книжку. Невольно подумал я: десять лет тому назад я такой умилительной жанровой картинки не мог бы видеть. В ней я увидел символ нового строя; в ней отразились все стороны новой жизни. Эта картинка красноречивее всякого отчета убедила меня в том, что грамотность, интерес и тяга к печатному слову, стремление к просвещению просачивается во все уголки нашей республики, что свет неудержимым потоком разливается и проникает во все углы бывшего „темного царства".

Когда я встречаю на улице изможденных юношей и девушек в истоптанной обуви, кутающихся в зимние морозы в легкую верхнюю одежду, с книжками и тетрадками под мышкой, и делящихся

впечатлениями о последней слышанной ими лекции; когда я их вижу в патолого-анатомическом институте наклоняющимися и разглядывающими что-то под микроскопом, то невольно всплывает мысль: Октябрь дал доступ в высшие учебные заведения не одним привиллегированным классам, но и всякому трудящемуся, желающему получить высшее образование.

Когда я бываю в театре, в клубе или в другом помещении, служащем местом для отдыха и развлечения, то невольно я вспоминаю, что до Октября здесь развлекались другие элементы населения, а Октябрь завоевал их для трудящихся.

Мне приходилось несколько раз присутствовать на конференциях работниц и селянок и слушать их простые речи в их выступлениях. Могла-ли хоть одна диаграмма более убедить меня в том, как наша женщина выросла, как Октябрь ее раскрепостил, освободил, уравнил и от горшка и лоханки довел ее до трибуны.

Можно было бы привести еще много сцен, ярко рисующих наш новый быт, живо свидетельствующих о нашем культурном росте и рельефно выявляющих все завоевания Октября. Но мне хотелось бы дольше остановиться на тех путях, на тех этапах, которые проделаны органами здравоохранения. Мне хотелось бы бросить ретроспективный взгляд на прошлое и сравнить его с настоящим, при этом снова основываясь не на цифрах, а на наблюдениях и впечатлениях.

Долго не изгладится из памяти впечатление прошлого, когда стационарная медицинская помощь была у нас распределена по вероисповеданиям. В бывшую еврейскую больницу принимались только евреи, в бывшую земскую—одни христиане; поляки, кроме того, имели свою больничку при Благотворительном Обществе. И медперсонал был также строго распределен по национальному признаку. Бывшая земская больница не видела в своих стенах ни одного врача и ни одной санитарки еврейского происхождения.

Почти такой же принцип существовал и на участках. Еврейское население местечек „нанимало" врача, который получал от еврейской общины определенную плату, а от местного аптекаря субсидию; он кроме того занимался частной практикой в местечке и в окружности.

Чтобы убедиться на какой ступени находилось здравоохранение до Октября, достаточно вспомнить физиономию еврейской больницы. Достаточно сказать, что еврейская больница и клоака считались синонимами. Если хотели отметить какое-либо учреждение, как нечто грязное и антисанитарное, где царит хаос и беспорядок, то его сравнивали с еврейской больницей. Каждое свежее лицо из врачебного сословия, которому приходилось туда взглянуть, выносило этому лечебному учреждению один приговор: „такую больницу надо срыть с лица земли". Естественно, что лишь крайняя нужда и безвыходное положение заставляли искать там медицинскую помощь. И она действительно была наполнена исключительно нищими, бездомными и безродными.

Нужно-ли много говорить о том, что качество этой медпомощи было самое примитивное, что врачи, служившие там за 100 руб. в год или даже безвозмездно, заглядывали туда на час-другой, что до последнего времени там не было никаких дежурств, что не было никаких подсобных кабинетов и что о каком-либо профилактическом уклоне не могло быть речи. И теперь, когда я вижу, что на развалинах этой больницы воздвигнуты клиники, в которых трудящиеся могут найти всевозможную квалифицированную помощь, где существуют дежурства в каждом отделении, где каждый орган больного подвергается тщательному исследованию, где весь организм его просвечивается, где

врачи отдают свое время, свои силы и знания больным; когда я вижу, что эта „больница" выросла в целую клиническую усадьбу со многочисленными службами, то я думаю: вряд-ли мы без Октября имели бы такое неоценимое достижение.

Не надо долго распространяться и о бывшей земской больнице. Достаточно сказать, что она служила предметом частой и продолжительной дискуссии в Обществе Минских врачей. Неоднократно Урванцовым, Кодисом и другими врачами поднимался вопрос о ее реорганизации, но лишь Октябрь дал ей вид 2-й клинической усадьбы.

Что сказать о других лечучреждениях, о других организациях медпомощи, существовавших до Октября? Они все „работали" по одному типу, по одному образцу: все они большей частью находились на иждивении благотворителей; все они питались об'едками с богатого стола; все они имели лечебный характер и то в кустарном смысле; во всех был случайный подбор медперсонала; всюду контингент больных составляли „отверженные", „униженные и оскорбленные".

Но и таких лечучреждений было очень мало. Лишь при С. Н. Урванцове, когда он стоял во главе Врачебного Отделения, произошло некоторое оживление на этом фронте: больничная сеть увеличилась и расширилась и дан был простор частной инициативе. Но, понятно, что доступ в частные лечебницы был возможен только для имущих.

Никто не поверит, что до Октября существовало такое учреждение, о котором теперь страшно вспомнить, учреждение, которое поистине считалось похоронным бюро. Это был приют подкидышей, где смертность детей равнялась 100 проц.!!... Sapienti sat!...

Когда же я теперь прохожу мимо клиник, институтов, лабораторий, диспансеров, амбулаторий, санаторий, домов отдыха, диэтетических столовых, мимо учреждений Охматмлада, как детские больницы, родприюты, дома грудного ребенка, консультации, ясли, площадки и т. п., то как не думать о том, что 10 лет тому назад никто этих наименований не знал, никто этих слов в своей речи не употреблял. Эта раскинувшаяся сеть разнообразных лечучреждений, организаций и исследовательских институтов приводит нас в изумление и приходится сказать: только Октябрь мог насадить и взрастить такое количество лечучреждений; только Октябрь превратил мрачные и убогие лачуги в светлые и богатые дворцы, сияющие красотой, белизной и чистотой; только Октябрь мог воздвигнуть такое грандиозное здание, которое носит имя „Здравоохранение".

Мечтали-ли трудящиеся до Октября, что они, кроме амбулаторной, больничной, клинической, консультационной, санаторной помощи будут пользоваться еще всякими видами специальной помощи? Вот несколько примеров.

Однажды я сидел в Железноводском парке и ко мне подошел знакомый рабочий из Минска. Он сел рядом со мной и не мог удержаться, чтобы не сказать: „а думал-ли я, что я когда-нибудь буду на Кавказе в санатории и буду лечить свою старую болезнь". При этом и я подумал: ведь до Октября он, как еврей, не смел бы даже ногой вступить на эту почву или по крайней мере переночевать на постоялом дворе. А теперь мы видим прежние виллы и дворцы заселенными рабочими, крестьянами, сельскими учителями, учительницами и др. без различия возраста, пола и национальности.

Когда я вижу у рабочего или работницы рот, усеянный золотыми зубами, когда вижу инвалидов снабженных протезами, близоруких—очками, беременных женщин—набрюшниками и т. п., то думаешь: Октябрь дал им то, о чем они, не мечтали, но в чем они так нуждались.

Когда я выдаю беременной работнице декретивный отпуск на 2 месяца до и на 2 месяца после родов, то как можно уйти от той мысли, что лишь советская медицина, утвердившаяся после Октября, позаботилась о том, чтобы трудящаяся женщина имела возможность отдыхать в известный период ее жизни. А ведь этот отдых крайне важен как для ее здоровья, так и для ее будущего ребенка.

Я выхватил только отдельные эпизоды из новой жизненной поэмы; я вырвал только отдельные углы из того грандиозного здания, которое выстроено здравоохранением. Я не затронул многих других важных вопросов, которые разрешались и теперь еще разрешаются органами здравоохранения. Я не коснулся той большой работы, которая проделана на фронте борьбы с заразными болезнями, с социальными недугами, с профессиональными заболеваниями. Я не упомянул даже о мероприятиях, проведенных в области санитарии, гигиены, о заботах и призрении детей грудного, дошкольного и школьного возраста, о работе санпросвета, т. е. обо всем том, что до Октября представляло собою одну каплю, а сейчас разлилось в широкую реку.

В настоящем очерке я коснулся только тех достижений, которые больше всего выпячиваются и так выпукло очерчиваются пред моими глазами, т. е. тех достижений, которыми обогатился город Минск, в котором я жил и живу до и после Октября. Но ведь за это время и другие города нашей республики, и местечки и деревни тоже не были забыты. И там строительство шло и идет быстрым темпом; и там развернулась широкая сеть разных лечебных и профилактических учреждений. Ведь до Октября деревня не знала ясель и в белорусской речи не было слова „консультация".

Говоря о наших достижениях в области культуры, просвещения и в частности здравоохранения, нельзя не вспомнить о том ценном подарке, который наша республика получила от Октября в виде Белорусского Государственного Университета, с его медиц. факультетом, который сеет знания среди масс и своими лучами проникает в толщу и гущу населения. А вот сколько времени Общество Минских врачей и даже городское самоуправление мечтало, ходатайствовало, хлопотало об открытии хоть одного медфака, но все было напрасно. Мечта осуществилась лишь после Октября.

Строительство здравоохранения, конечно, не остановилось на рубеже между первым и вторым десятилетием Октября. Здание продолжает строиться и на нем возводятся новые этажи. Когда прохожу теперь по разрытым улицам нашего города и вижу, как под наше здание подкладывается новое укрепление в виде канализации—этой альфы и омеги санитарии, этой необходимейшей меры для оздоровления города, то напрашивается новая мысль: если у нас смертность взрослого населения, в сравнении с довоенным временем, понизилось на 20 проц., а детская смертность на 30 проц., то это мероприятие понизит кривую заболеваемости и смертности еще больше и наши успехи в этой области будут еще ощутительнее.

Да, старый врач, переживший и работавший в старых условиях жизни, а теперь работающий в новой обстановке, может сказать: Октябрь совершил чудеса, Октябрь вызвал бурный рост культуры, Октябрь сделал гигантский сдвиг во всех сферах нашей жизни, в особенности, в обаасти здравоохранения. Не нужно цифр, не нужно диаграмм. Все эти достижения мы видим, слышим, осязаем, чувствуем.

Октябрь победил и он зовет нас к дальнейшему труду и к дальнейшим победам.

---

# Первые шаги советского здравоохранения в Белоруссии.

*(Воспоминания участника).*

**С. В. Балковец.**

Советское здравоохранение возникло в бывшей Минской губернии, (ныне Белоруссии) только в январе месяце 1919 г., т. е. спустя больше года после Октябрьской революции 1917 г. Причина такого запоздания лежала в немецкой оккупации Белоруссии в 1918 г., а потому до нас не дошел декрет 11 июля 1918 г., согласно которому был учрежден Комиссариат Здравоохранения в РСФСР.

Прежде чем описывать первые шаги советского здравоохранения в Белоруссии я считаю не лишним, хотя бы вкратце, сообщить о положении врачебного дела в Минской губ. до Октября 1917 г. и во время немецкой оккупации. Земство в Минской губернии было введено в марте 1911 г., т. е. за три года до европейской войны и естественно не успело еще пустить глубоких корней для создания земских традиций. До введения земства с 1903 года до 1911 г. врачебно-санитарное дело находилось в руках губернского комитета по делам земского хозяйства. До него же врачебно-санитарное дело находилось в ведении губернского распорядительного комитета, который при своей ликвидации в 1903 г. передал комитету по делам земского хозяйства 19 сельских врачебных участков с больницами и 9 городских больниц. Пространство всей губернии было около 80000 кв. верст и населения свыше 2 миллионов, так что в среднем одна больница (10—15 кроватей) приходилась на 60—100 тыс. населения с площадью в 4000—9000 кв. верст (Мозырск. уезд). В состав членов губернского и уездных распорядительных комитетов входили только чиновники, тогда как в состав комитетов по делам земского хозяйства входили депутаты от помещиков, крестьян и горожан. Благодаря этому земские комитеты проявили большой интерес к земскому хозяйству и в том числе к врачебному делу, которое они в течение 8-ми лет продвинули несколько вперед. Так, губернский земский комитет передал в 1911 г. новому земству 49 врачебных участков, т. е. увеличил врачебную сеть на 100 проц. Качественно медицинская помощь была улучшена еще больше. Например, распорядительный комитет отпускал в год сельской больнице на медикаменты, перевязочный материал, инструменты—100 руб., а земский комитет увеличил ассигнование до 400-500 руб. На продовольствие одного больного в сутки отпускалось 8-10 коп., а земский комитет разрешил до 20 коп. Содержание медицинскому и служительскому персоналу было увеличено на 40—50 проц. и т. д. Новое земство в течение 3-х лет до войны увеличило врачебную сеть на 30 проц. и довело число врачебных участков до 66, так что в среднем в каждом уезде было от 5 до 8 врачебных участков. Накануне об'явления войны, в июне 1914 г. был созван земством с'езд земских врачей, который наметил довольно обширную программу главным

образом, санитарных мероприятий. Европейская война тотчас же внесла дезорганизацию в неокрепшую земскую медицину, так как Минская губерния, будучи только в начале войны в тылу военных действий, уже в 1915 году очутилась на фронте войны, а во 2-й половине этого же года часть ее территории была занята немцами (части Новогрудского, Пинского, Слуцкого и Минского уездов). Как это отразилось на земской медицине видно из следующих данных на 1-е января 1916-го года: в Минском уезде из 6 врачебных участков в 3-х не было врачей, а в Бобруйском из 7 в 4-х не было врачей, в Борисовском из 7 в 3-х не было врачей, в Игуменском было три врача вместо 6, в Мозырском вместо 9 только 6. На весь Пинский уезд был один врач и т. д. Но и эти уцелевшие больницы не имели ни медикаментов, ни перевязочных средств, ни денег для покупки продовольствия и едва влачили свое существование. Дело в том, что земские кассы были пусты, так как налоги почти не поступали. Можно смело сказать, что к концу 1916 года, т. е. перед началом революции, земской медицины в Минской губернии почти совершенно не было, и врачебную помощь населению оказывали функционировавшие тогда военные и полувоенные организации, как-то: военные госпиталя, Красный Крест, Всероссийский Земский Союз и Союз Городов, Северопомощь, различные местные комитеты, как, напр., еврейский, польский, литовский и т. д. Все эти учреждения оказывали врачебную помощь не только военным, но и беженцам и местному населению, особенно при заразных болезнях. Помощь эта была не малая, как видно из следующих данных: 15 марта 1916 г. в городе Минске было: а) для незаразных больных военных и Красного Креста было 19 лазаретов с 5425 кроватями, гражданских и общественных больниц было 11 с 750 кроватями; б) для заразных больных было военных, Красного Креста, гражданских больниц 9 с 1800 кроватями, а всего в одном Минске было около 8000 кроватей. В Минской губернии, напр., Союз Городов среди 150 своих учреждений имел около 10 больниц и 30 амбулаторий, Земский Союз тоже в половине 1916 г. в Минской губернии имел свыше 36 больниц. Северопомощь в пределах Минской губернии располагала 16 амбулаториями, 12 больницами, 6 заразными бараками, 3-мя детскими больницами, 1 родильным приютом. Польский Комитет в Минске имел массу детских приютов, больницу для взрослых на 40 кроватей и детскую больницу на 60 кроватей (на Провиантской). Последняя была впоследствии превращена в городскую детскую больницу и перенесена на Подгорную 28 (ныне детская клиника). Не смотря на такое обилие лечебных заведений врачебная нужда местного населения вряд ли ими вполне удовлетворялась по многим причинам. Во-первых, эти лечебные учреждения обслуживали преимущественно военных и беженцев, во-вторых, не было среди них об'единяющего начала, вследствие чего наблюдался бесполезный паралелизм, в одном месте было густо, а в другом пусто и пр. В таком положении врачебная помощь находилась к Октябрю 1917 года. После Октябрьской революции административная власть перешла в руки военно-революционного комитета Западного фронта, но земская и городская управы продолжали существовать и юридически они ведали врачебно-санитарным делом, но за отсутствием у них денежных средств врачебная помощь оставалась в руках вышеперечисленных организаций. Так продолжалось дело втечение 3-м месяцев до половины февраля 1918 года, когда Минскую губернию заняли немцы, которые не внесли изменений в хозяйстве, и оставили за земским и городским самоуправлением те же функции, какие были при царском правительстве. Немцы восстановили земский

сбор и часть его отдавали земству на хозяйственные нужды. В начале декабря 1918 года немцы ушли и явилась впервые Советская власть, которая только тогда начала свое строительство, в том числе и здравоохранение. Минская губерния вошла в состав так называемой западной области, состоящей из нескольких губерний, как-то: Смоленской, Могилевской, Минской, Виленской. В начале января 1919 года в Минск приехал заведующий врачебно-санитарной частью Западной области тов. Вавер и предложил мне (д-ру Балковцу) организовать губернский отдел здравоохранения в том виде, в каком это дело намечалось в РСФСР. Как я уже сказал раньше Комиссариат Здравоохранения был учрежден декретом 11 июля 1918 г., т. е. когда Минская губерния была оккупирована немцами и по этому мы не имели никакого понятия о тех основных принципах, которые легли в основу советского здравоохранения. Тов. Вавер только в общих чертах познакомил с этими основами и дал голую схему, согласно которой губернский отдел здравоохранения должен был состоять из следующих 9 отделов: 1) административно-финансовый, 2) лечебный, 3) санитарно-эпидемический, 4) социальных болезней, 5) врачебной экспертизы, 6) школьно-санитарный, 7) фармацевтический, 8) военно-санитарный, 9) статистический. Отделы в свою очередь делились на подотделы и т. д. Заведующие отделами составляли коллегию здравоохранения под председательством заведующего губздравотделом. Разумеется, эта схема согласно требованиям практики видоизменялась, прибавлялись новые отделы напр. отдел снабжения, отдел охраны материнства, санпросвет; другие отделы сокращались и сливались вместе, напр. отдел социальных болезней слился с санитарно-эпидемическим. Благодаря этим видоизменениям в 1921 году комиссариат здравоохранения состоял из 12 отделов. Желая привлечь к этому новому делу лучшие врачебные силы г. Минска, я обратился в правление профессионального союза врачей г. Минска с просьбой помочь мне организовать губздравотдел. Было созвано совещание из общественных врачебных работников; насколько мне помнится в нем участвовали: Липманов, Яхнин, Урванцов, Эпштейн, Петрусевич, Валк, Балковец, Ульянов, Поляк М. и др. На том же совещании были распределены среди участников отделы Губздрава. Уздравотделы образовались по типу Губздрава, только с меньшим количеством отделов. Отдельного здравоохранения для города Минска не было сформировано и оно входило в Губздравотдел в виде отдела, так как согласно декрету только столичные города, как, напр., Москва, Ленинград имели свои самостоятельные отделы. Помещалось тогда здравоохранение в бывшем Архиерейском (ныне Луначарского) переулке, в домах, где сейчас ЦДА и детская консультация.

Организация здравоохранения в широком губернском масштабе была крайне затруднительна, так как не было никакой связи с периферией, которая организовалась самостоятельно.

Вследствие отсутствия почты и транспорта уездные города, как напр., Игумен, Мозырь, Слуцк, Бобруйск, Борисов были совершенно отрезаны от Минска и почтовые сношения с ними носили случайный характер (при оказии через военных, нарочных, знакомых и т. д.). Посылка им инструкций, запросов и получение от них ответов происходило крайне медленно, через 2-3 недели, а то и больше. По той же причине, т. е. отсутствию связи с периферией, работа губздравотдела, главным образом, сосредоточивалась на врачебных учреждениях г. Минска, т. е. на работе Горздрава; по этой же причине статистический отдел Губздрава совершенно не имел материала для разработки и довольствовался только городским материалом. Нужно сказать, что

и этой городской работы было более чем достаточно для этой новой, еще не вполне сформировавшейся организации. После наступившей в Германии в ноябре 1918 г. революции и после заключения перемирия на фронте европейской войны в начале 1919 г. хлынули огромные толпы наших военнопленных из Германии и Австрии и, в свою очередь немецкие военнопленные двинулись из восточной России и даже Сибири на запад, а главным образом беженцы из Гродненской, Ломженской, Виленской, Ковенской и др. губерний. Естественно, что все города на западной границе, особенно лежащие на железно-дорожных узлах, и в том числе Минск, были загружены этими таборами. Беженцы тянулись даже на лошадях из далеких восточных губерний и даже Сибири и стояли обозами около Минска. С этими толпами шли неразлучно и заразные болезни, преимущественно тиф сыпной и возвратный. Пришлось усиленно развернуть противоэпидемическую работу, открывать заразные госпиталя (на Александровской ул. в бывшей семинарии, ныне военное училище), расширить имеющиеся госпиталя, устраивать карантины, бани, дезинфекционные камеры и т. д. Эта огромная работа требовала большого напряжения энергии и поглотила весь Губздравотдел, который вскоре в марте 1919 г. был преобразован в Наркомздрав, так как Минская губерния и смежные с ней были превращены в Литовско-Белорусскую республику. Из центра был прислан первый Наркомздрав Литбела т. Пузырев (бывш. народный учитель) и его заместитель тов. Барташевич (студент-технолог). Площадь обслуживаемая Наркомздравом расширилась за пределы Минской губернии (некоторые уезды Виленской губернии), но все-таки главная его работа сосредоточивалась в городском отделе, так как связь с периферией была плохо налажена и периферия организовала свою работу почти самостоятельно, поддерживая с центром преимущественно финансовую связь, т. е. получая только от него средства. В мае месяце т. Пузырева сменил тов. Ленский (врач, ныне полпред в Чехо-Словакии), который приступил к ремонту в широком масштабе лечебных заведений, но этим намерениям сильно мешали военные действия с Польшей, только что сорганизовавшейся в государство и стремящейся как можно больше расширить свои границы. Поляки начали сильно теснить нас со стороны Вильны и приближаться к Минску. В июне месяце тов. Ленский откомандировал меня из Наркомздрава, где я заведывал отделом экспертизы и назначил главным врачем городской заразной больницы (ныне третьей) и находящихся при ней заразных бараков (на 300 кроватей) бывшего Земского Союза. Таким образом последние два месяца (июнь-июль) до прихода поляков в Минск (9 августа 1919 г.) я не был в составе коллегии Наркомздрава, а потому и не могу описать его работу. Думаю, что военные действия продолжали мешать развернуться этой работе, тем более, что часть Наркомздрава была эвакуирована в Бобруйск, а другая часть ожидала дальнейшей эвакуации. 9 августа 1919 года в Минск вступили поляки и Наркомздрав Лит.-Бел. ушел из Минска. Наступил перерыв в советском здравоохранении юридически до 11 июля 1920 года, но фактически до конца 1920 года, как увидим из дальнейшего изложения.

Оккупанты не внесли принципиальных изменений в устройстве врачебного дела по многим причинам. Во-первых, во главе городского здравоохранения ими была поставлена женщина-врач Петрусевич, которая раньше работала в коллегии Н. К. З. Литбела и заведывала школьно-санитарным отделом, следовательно участвовала в советском строительстве и естественно не желала, чтобы ростки этого строительства захирели. Так она настояла перед Минским городским управлением

об устройстве в Минске детской больницы, для чего был нанят, ремонтирован и приспособлен дом по улице Карла Маркса 28, где эта больница и теперь находится, и туда была перенесена детская больница Земского Союза, находившаяся на Долгобродской улице в доме общины св. Ирины. Затем при поляках еврейская община возбудила вопрос перед городским управлением о возврате еврейской больницы этой общине. Благодаря Петрусевич городское управление отказало общине и больница осталась в качестве городской больницы. Во главе губернского здравоохранения, названнаго оккупантами „Врачебное Управление“ был поставлен д-р Хржановский (врачебный инспектор) человек совершенно безобидный, тихий и направляющий врачебный корабль по тому течению, по которому он шел раньше. Наконец, оккупанты пробыли так мало времени, что не успели внести своих принципов. К весне 1920 г. Петрусевич вышла из городского управления, а на ее места был выбран д-р Паулюц, который имел поползновение внести перемены в здравоохранение, но наступление Красной армии в апреле, а потом в июле не дали возможности Паулюцу развернуть свою работу. В конце июля 1920 года, когда уже ясно стало, что полякам в Минске не удержаться, д-р Паулюц уехал из Минска, и городское управление предложило мне стать во главе городского врачебного отдела. Покидая Минск, поляки вывезли все оборудование пастеровской станции, чем нанесли большой ущерб врачебному делу. Уходя поляки оставили около 10 тысяч польских марок на содержание больниц до прихода новой власти. Красная армия вошла в Минск 10-11 июля, а 12-го июля был сформирован уже совет рабочих и солдатских депутатов г. Минска и вступил в управление городским хозяйством. Вскоре комиссаром здравоохранения был назначен д-р Каминский, которому я и передал свои полномочия, утвержденные советом рабочих и солдатских депутатов от 13 июля за № 4.

Разумеется о широкой разверстке работы нечего было и думать, нужно было позаботиться о насущных нуждах лечебных заведений: о питании, о снабжении бельем, инвентарем, о самом необходимом ремонте, медикаментах, перевязочных средствах и т. д. С другой стороны Минская губерния находилась на фронте военных действий с поляками, что тоже мешало какой бы то ни было инициативной работе. Эпидемии не прекращались, сыпной и возвратный тиф разгуливали во всю, и необходимо было направить всю энергию на этот фронт. К несчастью в конце августа военное счастье изменило нам, и Красная армия вынуждена была стремительно отступать. В сентябре месяце выяснилась необходимость покинуть Минск, и началась эвакуация всех учреждений и в том числе здравоохранения. К 1 октября 1920 г. Наркомздрав Белоруссии эвакуировался в РСФСР и лечебные заведения с имеющимися там больными были снабжены очень небольшим запасом продовольствия. Предполагалось, что наши скоро вернуться или же в крайнем случае позаботятся об этом наступающие поляки. Но ни того, ни другого не случилось: Минск в продолжение 16 дней находился между двух воюющих армий и ни та, ни другая в него не вступали. С продовольствием в больницах и приютах наступил тяжелый кризис, осложненный еще тем, что ни советские, ни польские деньги торговцами не принимались в уплату, по причине неизвестности, на чьей стороне очутится Минск. Горожанами было сконструировано городское самоуправление, имеющее целью охранять город и помочь больницам и приютам в снабжении их продовольствием. Было произведено самообложение, и каждая квартира должна была доставить некоторое количество хлеба, картофеля, крупы и т. д. Благодаря

этим мерам, больницы и приюты кое-как продержались до 17-18 октября, когда Красная армия опять вступила в Минск. Эвакуированные учреждения вернулись гораздо позже, напр. Наркомздрав только в конце ноября и только тогда началась более или менее нормальная работа, а до того времени мне, как вриду Наркомздрава, приходилось думать о снабжении больниц, приютов, родильных домов продовольствием, водой, электричеством, медикаментами и другими самыми неотложными предметами. С приездом в конце ноября Наркомздрава были реэвакуированы в Минск медикаменты, белье и др. предметы больничного снабжения. Таким образом нормальная работа Наркомздрава Белоруссии фактически началась с января 1921 г., что и признают авторы сборника „Советская Беларусь", изданного в 1922 г. Так как с этого времени работа Наркомздрава может быть освещена фактическим материалом, как-то: статистическими цифрами и другими данными, которых в моем распоряжении нет (полагаю, что они находятся в архивах здравоохранения), то этим я заканчиваю свои воспоминания о первых шагах советского здравоохранения в Белоруссии. Разумеется, мои воспоминания далеко неполно описывают эти шаги, многое исчезло из памяти; жизнь тогда шла слишком быстрым темпом, не было времени заносить на бумагу наиболее рельефные моменты, да если и были кое-какие отчеты, записи и т. п. письмена, то они пропали благодаря эвакуациям, переменам помещения Наркомздрава и т. д. Может быть товарищи и мои сотрудники по тогдашнему здравоохранению, прочтя эти строки, дополнят их своими воспоминаниями. К сожалению, самые активные и близкие сотрудники по первым шагам Белорусского Здравоохранения, как, напр., д-р Яхнин, Липманов уже в могиле. Их светлой памяти я посвящаю свои неполные воспоминания.

---

# Дасягненьні ў справе мэдыка-санітарнага абслугоўваньня забясьпечаных к 10-годзьдзю Кастрычнікавае Рэвалюцыі ў Беларусі.

## Н. К. Фурс.

Немагчыма ў кароткім артыкуле зрабіць справаздачу аб нашых дасягненьнях у справе мэдыка-санітарнага абслугоўваньня забясьпечаных за мінулае гады. Аднака, патрэбна, стоячы на мяжы 11 году Кастрычніка, аглянуцца назад і паглядзець, што мы мелі да рэвалюцыі і што мы маем у сучасны момант.

У той час, калі ў другіх галінах будаўніцтва нашай Рэспублікі, мінулые гады можна ахарактэрызаваць як „восстаноўчы“ пэрыяд з тою толькі розьніцаю, што восстанаўленьне йшло па другіх рэльсах, чым да рэвалюцыі—па рэльсах сацыялістычнага будаўніцтва, у галіне аховы здароўя працоўных такога пэрыяду ня было па тэй прычыне, што ахова здароўя будавалася адразу нанова. Калі ў Цэнтральнай Расіі таго часу, па прычыне больш буйнага масштабу яе прамысловасьці незадоўга перад вайною засновывалася ў пачатковай форме фабрычна-заводзкая мэдыцына, якая аднак больш аховывала інтарэсы фабрыканта, чымся рабочага і ў большасьці грунтавалася на падставе філянтропіі самых-жа капіталістых—у Беларусі па прычыне слабага разьвіцьця прамысловасьці, ня было і гэтага. Ахова здароўя рабочага Беларусі знаходзілася ў агульных умовах з усім насельніцтвам пад апекаю пачатковай земскай мэдыцыны.

Зробім маленькую экскурсію ў недалёкую гісторыю. Для параўнаньня возьмем Менск, як найбольш прамысловы цэнтр па Беларусі як тагды, так і цяпер. Аказваецца, у 1915 годзе ў Менску дзеля абслугоўваньня рабочых была адна фабрычна-заводзкая амбуляторыя з адным доктарам і становішча яе было такое, што яно сваім выглядам, па славах тагочаснага адказнага працоўніка аховы здароўя, адпугівала ад сябе людзей. Усімі другімі відамі лекавай дапамогі рабочыя абслугоўваліся ўстановамі гораду, а пагэтаму пацікавімся, што тут было.

Усяго мелася па розным спэцыяльнасьцям 337 ложкаў, у лік якіх уваходзіла 23 радзільных ложкі, 25 ложкаў дзеля прастытутак і 60 ложкаў востра-заразнай больніцы; 75 ложкаў знаходзілася ў прыватных лячэбніцах; 22 ложкі пры духоўнай сэмінарыі і духоўным вучылішчу, 40 ложкаў пры турме. Апрача гэтага пры быўш. Земскай больніцы знаходзілася 220 ложкаў для псыхічных хворых і 60 ложкаў пры быўш. яўрэйскай больніцы. Што датычыцца ўстаноў прафіляктычнага характару, як-то: дыспансэраў, устаноў па ахове здароўя дзяцей і мацярэй, аховы здароўя падлёткаў, то такіх у той час і ў паміне ня было. Так стаяла справа аховы здароўя насельніцтва г. Менску ў ліку прыблізна 110 тысяч, большая частка з якога зьяўлялася кадрам рабочых

і служачых, перад вайною і ў першыя гады яе. Апошнія гады імпэрыялістычнай вайны і ў далейшым акупацыі зьнішчылі і тое малое, што было. Асабліва цяжка адбілася акупацыя палякаў, якімі было зьвезена абсталяваньне многіх лекавых устаноў і ў тым ліку Пастэраўскай Станцыі. Савецкае будаўніцтва аховы здароўя на Беларусі пачалося з 1921 году—часу заснаваньня Камісарыяту Аховы Здароўя. У шэрагу мерапрыемстваў, якія датычыліся аховы здароўя, выключна забясьпечаных, была арганізацыя аддзелаў рабочай мэдыцыны і сацыяльнай забясьпекі. Напрамак савецкай мэдыцыны быў узят адразу і на задаваленьне працоўных асноўнымі відамі лекавай дапамогі і адначасова на шырокае аздараўленьне, шляхам профіляктычных мерапрыемстваў, чым у корані наша мэдыцына адрозьніваецца ад мэдыцыны капіталістычных дзяржаў. Вынікам гэтага зьявілася ў кароткі тэрмін арганізацыя цэлага шэрагу ўстаноў па той і другой галіне. Параўнаючы, у кароткі тэрмін былі арганізаваны рабочыя амбуляторыі з габінэтамі па ўсім спэцыяльнасьцям; быў зроблен рамонт многіх больніц і ў сучасны момант на тэрыторыі Менску мы ўжо маем наступную сетку лекавых устаноў.

| Чарговы № | НАЗВА ЛЕКАВАЙ УСТАНОВЫ | Колькасьць | Колькасьць ложкаў |
|---|---|---|---|
| 1 | 1 савецкая больніца | — | 265 |
| 2 | 2 „ „ | — | 355 |
| 3 | 3 „ „ | — | 150 |
| 4 | 1 Радз. прытулак і дом мацяры і дзіцяці | — | 35 |
| 5 | 2 Радзільны Прытулак | — | 70 |
| 6 | Клініка Нэрвовых хвароб і Дыспансэр | — | 40 |
| 7 | Клініка Дзіцячых Хвароб | — | 70 |
| 8 | Больніца Спраўдому | — | 40 |
| 9 | Ночны санаторый | — | 26 |
| 10 | Фавозная Лячэбніца | — | 50 |
| 11 | Трахоматозны Дом | — | 70 |
| 12 | 1 Дом Груднога Дзіцяці | — | 120 |
| 13 | 2 „ „ „ | — | 75 |
| 14 | Я с ь л і | 7 | 270 |
| 15 | Тубэркулёзны Дыспансэр | 1 | 10 |
| 16 | Раён. Туб. Дыспансэраў | 2 | — |
| 17 | Цэнтральная Рабоч. Амбуляторыя | 1 | — |
| 18 | Раённых рабочых амбуляторый | 4 | — |
| 19 | Амбуляторыя для саматужнікаў, сялян і вучняў | 1 | — |
| 20 | Вэнэролёгічны Дыспансэр | 1 | — |
| 21 | Цэнтральны Дзіцячы Дыспансэр | 1 | — |
| 22 | Кансультацыі для дзяцей | 3 | — |
| 23 | „ „ цяжарных | 3 | — |
| 24 | Туб. санатор. для дзяцей „Навінкі“ | — | 25 |
| 25 | Калёнія для псыххворых „Навінкі“ | — | 40 |
| 26 | Пастэраўскі Інстытут | 1 | — |
| 27 | Санітарна-Гіг. Інстытут | 1 | — |
| 28 | Тубэркулёзны Інстытут | 1 | — |
| 29 | Дом Санітарнае Асьветы | 1 | — |
| 30 | Клініка Прафэсыянальных хвароб з дыспансэрам | — | 10 |

Такім чынам у сучасны момант у Менску маецца 1075 лекавых ложкаў па розным спэцыяльнасьцям і 636 ложкаў лекава-профіляктычных, усяго 1711 ложак. З паказанай колькасьці больш 50 проц. выпадае на забясьпечаных. Як мы бачым за 5 год маем агульны рост ложкаў на 127,5 проц. пры агульнай колькасьці насельніцтва ў Менску па апошняй перапісі 130.838 (калі прыняць, што ў 1921 годзе мы мелі колькасьць ложкаў 1915 году—754).

Якаснае становішча ложкаў таксама непараўнаючы лепшае, як было да рэвалюцыі. Большасьць іх зьмяшчаецца ў клініках, многія з якіх абсталяваны па апошняму слову сучаснай навукі. Усе лекавыя ўстановы маюць здавальняючую колькасьць высшага, сярэдняга і нізшага мэдыцынскага пэрсаналу. У дадатак к паказанаму трэба прывесьці дзьве лічбы. Па Менску сярэднім у дзень за 1926-27 г. прыпадала 800 хатніх доктарскіх даведваньняў да забясьпечаных і 300 даведваньняў у месяц прафэсароў.

Прыведзеная сетка профіляктычных установаў—дыспансэраў, кансультацый і інш. гавораць самі за сябе.

Прыблізна таксама стаіць рост лекавай дапамогі забясьпечаным і ў іншых горадах Беларусі.

Цяпер зробім агляд асноўных відаў лекавай дапамогі, галоўным чынам з колькаснай стараны за апошнія тры гады па ўсёй Беларусі, не ўдаючыся ў аналіз.

*Табліца № 1.*

| АКРУГІ | 1925 г. | | | 1926 г. | | | 1927 г. 1-е паўгодзьдзе | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Колькасьць застрах. на 1 студз. 26 г. | Амбулятор. даведваньняў за год | Коэфіцыэнт | Колькасьць застрах. на 1 студз. 27 г. | Амбулятор. даведваньняў за год | Коэфіцыэнт | Колькасьць забесьп. на 1 мая 27 г. | Амбулятор. наведваньняў за $^{1}/_{2}$ г. | Коэфіцыэнт |
| Віцебская | 18.451 | 411.282 | 22.29 | 21.378 | 432.060 | 20.21 | 22.771 | 224.578 | 19.72 |
| Менская | 28.530 | 418.082 | 14,65 | 31.551 | 374.050 | 11.86 | 31.060 | 205.472 | 13,22 |
| Магілеўская | 10.425 | 186.342 | 17.87 | 11.605 | 192.389 | 16,58 | 11.970 | 111.361 | 18.60 |
| Бабруйская | 11.765 | 208.735 | 18,74 | 14.921 | 247.576 | 16.59 | 15.317 | 113.417 | 14,74 |
| Барысаўская | 9.231 | 146.713 | 15.89 | 11.809 | 142.282 | 12.03 | 10.710 | 79.036 | 14,76 |
| Мазырская | 6.579 | 91.118 | 13,89 | 7.444 | 92.817 | 12,47 | 7.125 | 42.324 | 11,88 |
| Аршанская | 8.563 | 82.632 | 9,65 | 10.168 | 111.014 | 10,92 | 9.884 | 61.819 | 12,50 |
| Полацкая | 6.054 | 93.206 | 15.25 | 7.385 | 118.054 | 15.99 | 7.541 | 63.164 | 17 |
| Слуцкая | 4.629 | 58.870 | 12.72 | 5.590 | 50.454 | 9 | | | |
| Калінінская | 4.670 | 25.053 | 5.37 | 5.221 | 32.886 | 6.30 | | | |
| Усяго | 108.897 | 1.722.033 | 15.81 | 127.072 | 1.793.582 | 14.11 | 116.457 | 901.171 | 16.0 |

Амбуляторная дапамога характарызуецца табліцаю № 1, з якой відаць рост амбуляторнай дапамогі па асобных акругах, лічба ўзята агульная па гораду і па раёну. Пры разгляданьні коэфіцыэнтаў, якія паказваюць колькасьць амбуляторных даведваньняў на аднаго актыў-

нага забясьпечанага, заўважваецца спаданьне коэфіцыэнту ў 1926 годзе супроць 1925 году. Большы коэфіцыэнт 1925 году тлумачыцца эпідэміяй грыпу. У 1927 г. у параўнаньні з 1926 годам маецца рост амбулаторных даведваньняў у сярэднім на 1,89 на 1 актыўнага забясьпечанага з сям'ёю. Сярэдняя лічба амбуляторных даведваньняў па статыстычным матар'ялам першага поўгодзьдзя 1927 г. мяркуецца ў 16 на 1 актыўнага забясьпечанага з сям'ёю.

Як відаць, тут мы вельмі мала адсталі ад РСФСР, дзе сярэдняя—16,6. На наступны 1927-28 год мяркуецца даць 18 амбуляторных даведваньняў, таксама, як і ў РСФСР.

Амбуляторыі арганізаваны па тыпу поліклінік, маюць габінэты па ўсім спэцыяльнасьцям. Да працы ў амбуляторыях прыцягнуты лепшыя мэдыцынскія сілы.

У мэтах прыбліжэньня амбуляторнай дапамогі да забясьпечаных, амбуляторыі знаходзяцца ў месцах найбольшага згуртаваньня працоўных і праца іх ідзе як днём, так і ў вячэрнія гадзіны.

Неадкладная і хуткая дапамога арганізавана ва ўсіх акруговых гарадох.

*Табліца № 2.*

| АКРУГІ | 1925 г. | | | 1926 г. | | | 1927 г. 1-ае паўгодзьдзе | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Колькасьць забесьп. на 1 студз. 26 г. | Хатніх даведваньняў за год | Коэфіцыэнт | Колькасьць забесьп. на 1 студз. 27 г. | Хатніх даведаньняў за год | Коэфіцыэнт | Колькасьць забесьп. на 1 мая 27 г. | Хатніх даведаньняў за 1/2 года | Мяркуемы коэфіцыэнт за год |
| Віцебская | 18.451 | 88.753 | 4,81 | 21.378 | 46.014 | 2,15 | 22.771 | 57.043 | 5.02 |
| Менская | 28.530 | 168.773 | 5,92 | 31.551 | 195.743 | 6.20 | 31.060 | 101.539 | 6.54 |
| Магілеўская | 10.425 | 16.457 | 1.58 | 11.605 | 24.448 | 2,11 | 11.970 | 16.060 | 2.68 |
| Бабруйская | 11.765 | 35.764 | 3,04 | 14.921 | 53.295 | 3,57 | 15.397 | 24.525 | 3,18 |
| Барысаўская | 9.231 | 16.337 | 1,77 | 11.809 | 20.935 | 1,37 | 10.710 | 10.914 | 2.04 |
| Мазырская | 6.579 | 7.290 | 1,11 | 7.444 | 10.578 | 1,42 | 7.124 | 5.962 | 1,68 |
| Аршанская | 8.563 | 19.024 | 1,22 | 10.168 | 23.723 | 2,33 | 9.884 | 16.190 | 3.28 |
| Полацкая | 6.054 | 10.205 | 1.68 | 7.585 | 13.354 | 1,81 | 7.541 | 12.019 | 3,18 |
| Слуцкая | 4.629 | 12.909 | 2,79 | 5.590 | 14.649 | 2.62 | | | |
| Калінінская | 4.670 | 7.927 | 1,70 | 5.221 | 6.612 | 1,27 | | | |
| Усяго | 108.897 | 383.439 | 3,52 | 127.072 | 409.351 | 3,22 | 116.457 | 244.252 | 4,4 |

Хатняя дапамога характарызуецца табліцай № 2. Тут таксама маецца рост, ня гледзячы на тое, што лічба і так перавышае літэратурныя паданые (хатнія даведваньні павінны складаць 10 проц. амбуляторных даведваньняў). У параўнаньні з РСФСР, дзе сярэдняя лічба хатніх даведваньняў у 1926 годзе была 0,6, а ў 1927 годзе дасягнула 1,1 толькі ў Ленінградзе, нашы лічбы 4,4 даведв. на 1 актыўнага забясьпечанага з сям'ёю сьведчаць аб саўсім здавальняючым становішчы хатняй дапамогі.

Аднак, гэта паказацельная старонка выклікаецца не саўсім здавальняючым становішчам ложкавай дапамогі з аднаго боку, а з другога няўважлівымі адносінамі к выкліканьню на дом дактароў без належнай патрэбы. Можа ў гэтым іграе ролю яшчэ і асаблівасьці забясьпечаных Беларусі ў сэнсе павышанай хваравітасьці.

Хатняя дапамога пабудавана па прынцыпу раёніраваньня, з прымацаваньнем раённых дактароў да падлеглых амбуляторый, што павінна даць магчымасьць раённаму доктару ня толькі лячыць даручаных яму забясьпечаных, а весьці профіляктычную працу і быць праваднiком санітарнай культуры там, куды ён заходзіць з лекавай кніжкаю.

Ложкавая дапамога характарызуецца табліцай № 3. Тут таксама адзначаецца рост ложкавай дапамогі і ў сярэднім дае 3,7 ложка-дню на аднаго актыўнага забясьпечанага з сям'ёю.

*Табліца № 3.*

| АКРУГІ | 1925 г. | | | 1926 г. | | | 1927 г. 1-ае паўгодзьдзе | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Колькасьць забесьп. на 1 студз. 26 г. | Колькасьць ложка-дзён за год | Коэфіцыэнт | Колькасьць забесьп. на 1 студз 27 г. | Колькасьць ложка-дзён за год | Коэфіцыэнт | Колькасьць забесьп. на 1 мая 27 г. | Колькасьць ложка-дзён за 1-е паўгодзе 27 г. | Мяркуемы коэфіцыэнт за год |
| Віцебская . | 18.451 | 91.220 | 4,94 | 21.378 | 96.763 | 4,56 | 22.771 | 53.575 | 4.7 |
| Менская . . | 28.530 | 139.358 | 4,89 | 31.551 | 136.047 | 4,31 | 31.060 | 69.802 | 5.14 |
| Магілеўская . | 10.425 | 23.928 | 2,30 | 11.605 | 36.445 | 3,14 | 11.470 | 19.750 | 3,3 |
| Бабруйская . | 11.765 | 24.391 | 2,07 | 14.921 | 30.852 | 2.07 | 15.397 | 20.399 | 2.66 |
| Барысаўская | 9.231 | 14.529 | 1,57 | 11.809 | 17.804 | 1,51 | 10.710 | 9.390 | 1.75 |
| Мазырская . | 6.579 | 12.809 | 1,95 | 7.444 | 14.917 | 2,00 | 7.124 | 10.810 | 3.04 |
| Аршанская . | 8.563 | 9.747 | 1,14 | 10.168 | 14.409 | 1.42 | 9.384 | 8.532 | 1,72 |
| Полацкая. . | 6.054 | 7.113 | 1.17 | 7.385 | 13.926 | 1.89 | 7.541 | 8.508 | 2.24 |
| Слуцкая . . | 4.629 | 4.624 | 1,00 | 5.590 | 8.236 | 1.47 | | | |
| Калінінская . | 4.670 | 4.768 | 1.02 | 5.221 | 4.755 | 0,11 | | | |
| Усяго . | 108.897 | 332.487 | 3,05 | 127.072 | 374.164 | 2,94 | 116.457 | 210.766 | 3.7 |

У РСФСР гэта лічба значна вышэй—4,6. Па асобных акругах, асабліва ў прамысловых гарадох, якімі зьяўляюцца Менск і Віцебск, гэта лічба таксама значная і ў нас (Менск 5,14, Віцебск 4,7). Аднак і тут адчуваецца востры недахоп ложкаў. На 1927-28 год мяркуецца павялічэньне ложка-дзён на аднаго актыўнага застрахаванага з 3,7 да 4. Гэта запатрабуе прадстаўленьня застрахаваным 50 проц. ложкаў у гарадох, супроць 31,01 ў 1926-27 г. і 17 проц. ў раёнах супроць 9,04 у 1926-27 г., што ў лічбах дае наступнае:

| | |
|---|---|
| 2160 ложкаў у гарадох 50 проц. . . | 1.080 |
| 2156 „ „ раёнах 17 „ . . | 360 |
| Ложкаў з утрым. па фонду „Г“. . . | 270 |
| 203 ложкаў з утрым. па дзярж. б. 50 проц. | 103 |
| Усяго . . . | 1.813 ложак. |

Дзеля здавальненьня паказанаю нормаю ў 4 ложка—дні ў 1927-28 годзе патрэбна будзе 2020 ложкаў. Нехапаючая колькасьць у 207 ложкаў будзе дадана за кошт павялічэньня сеці ў 1927-28 г. (пры разьліках прымаўся пад увагу 10 проц. прагул ложкаў).

Паказаная колькасьць ложкаў, усё-ж не задаволіць патрэбы і на працягу бліжэйшых год у больш прамысловых цэнтрах, якімі зьяўляюцца Менск, Віцебск і Гомель, патрэбна будзе будаваць рабочыя больніцы.

*Табліца № 4.*

| НАЗВА АКРУГІ. | Ложкі | Амбулятор. | Хатняя дапамога | Рэнтген. габ. | Зуб. габінэт | Зуб. тэх. ляборат. | Хуткая дапамога | Дысп.-туб. ложкі | Дзіцячыя пляц. | Дыэт. сталовыя | Ночны санатор. | Днеўны санатор. | Консультацыі | Ясьлі і ложкі | Кантроль і экспэр. | Врач. пункты | Фэльчар. пункты | Фізіотэрап габ. | Урачы | Зуб. урачы | Акуш. і фэльдшары | Сёстры | Санітары |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Бабруйская. | — | — | — | 1/0 | 0/2 | — | — | 8/0 | 2/0 | 1/0 | 1/0 | — | — | 1/0 | 2/0 | 1/1 | 3/3 | — | 27½ | 7½ | — | 13½ | 12 |
| Віцебская | 113/5 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 2/0 | — | 1/0 | 1/0 | — | 3/2 | 1/0 | 1/0 | 39½ | 14 | 28 | 27 | 39 |
| Гомельская. | 0/27 | 2/0 | 1/0 | — | 1/1 | — | 1/0 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Менская. | 50/5 | 1/0 | 1/0 | 1/0 | 1/0 | — | — | 0/5 | 2/0 | 1/1 | 1/1 | — | — | 1/0 | — | — | — | — | 87½ | 17¼ | 18 | 51½ | 71½ |
| Магілеўская | 35/0 | 1/0 | — | — | 1/0 | — | — | — | 2/0 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 21 | 8½ | 15½ | 8½ | 11 |
| Мазырская | — | — | 1/0 | — | — | — | 1/0 | 5/0 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Аршанская. | 10/10 | 0/1 | 1/0 | — | — | 1/0 | — | 1/дыс | — | — | — | — | — | 1/1 | — | — | — | — | 19 | 7½ | 17 | 4 | 13½ |
| Полацкая | 15/0 | — | — | — | 1/0 | — | — | 0/5 | — | — | — | — | — | — | — | — | 1/0 | — | 8 | 2 | 5 | 2 | 10½ |
| УСЯГО. | 223/47 | 3/1 | 4/0 | 1/0 | 4/3 | 1/0 | 2/0 | 13/10. | 6/0 | 2/1 | 4/1 | — | 1/0 | 4/1 | 2/0 | 4/3 | 5/3 | 1 | 206½ | 58 | 98 | 106½ | 159½ |

**Увага:** Лічба над рыскаю ў горадзе—пад рыскаю на раёне.

Трэба адзначыць і агульнае якаснае палепшаньне ложкавай дапамогі ў параўнаньні з дарэвалюцыйнымі гадамі. Значнае павялічэньне спэцыяльных ложкаў па хірургіі, тэрапіі, вочных хвароб і арганізацыя гінеколёгічных, вуха, горлу і носу, тубэркулёзных, па нэрвовым хваробам, ортопэдычных і профэс. хвароб. Арганізацыя пры ўсіх акруговых больніцах, лябораторый дзеля выкананьня патрэбных аналізаў.

Арганізацыя рэнтгенаўскіх габінэтаў, лячэньня кварцавымі лямпамі—мае месца ва ўсіх акруговых гарадох.

За апошнія тры гады мы маем значны рост пунктаў першай дапамогі на прадпрыемствах. У 1925 годзе—14; у 1926—17 і ў 1927 г.—51.

Пратэзная дапамога, дзеля выкананьня якой арганізавана ортопэдычная майстэрня ў Менску і Гомлі, Цандэроўскі габінэт пры ортопэ-

дычнай амбуляторыі НКАЗ у Менску, абсталяваны па апошняму слову навукі, зубапротэзная дапамога ў шырокім разьмеру—усё гэта зьяўляецца дасягненьнямі выключна савецкай мэдыцыны па Беларусі за апошнія гады.

Табліца № 4 паказвае сецьлекавых установ, дактароў і другіх лекавых адзінак па акругах, якія утрымоўваюцца выключна па фонду „Г“.

Вялікае значэньне мае ў справе аховы здароўя рабочых урачэбны кантроль і сацыяльная працоўная экспэртыза. Правільнае функцыяніраваньне іх дае магчымасьць сваечасова распазнаць захвараваньні забясьпечаных і прыняць загадзя належныя меры дзеля восстанаўленьня страчанай працаздольнасьці. Праца іх мае значэньне і дзеля выяўленьня тых профшкоднасьцяй, якія стаяць у сувязі з прамысловасьцю данага раёну. За 1926 год па няпоўным весткам па ўсім УКК, без Гомельшчыны, прайшло 64.726 чал. З ліку іх прызнана: здаровымі—5½, хворымі з захаваньнем працаздольнасьці—18,4 проц., дано водпускаў—59,1 проц., пераведзена ў інваліды—18 проц., апошнім назначана стацыянарнае і амбуляторнае лячэньне.

Даныя водпускаў наступныя:

| | | |
|---|---|---|
| Да 7 дзён даны водпускі ў | . . | 49,1 проц. |
| „ 14 „ „ „ „ | . . | 39,3 проц. |
| „ 21 „ „ „ „ | . . | 4,0 проц. |
| „ 30 „ і звыш. „ „ | . . | 7,7 проц. |

На 100 забясьпечаных (па паданым НК Працы) прыходзіцца дзён непрацаздольнасьці ў месяц:

| | |
|---|---|
| у 1924-25 годзе . . . . | 78,0 |
| „ 1925-26 „ . . . . | 89,1 |
| „ 1926-27 „ . . . . | 76,5 |

Найменш устойчывымі зьяўляюцца найбольш прамысловыя акругі: Бабруйская—79,0, Гомельская—89,0, Віцебская—84,9, Рэчыцкая—104,6, Менская—86,5.

Ня гледзячы на тое, што ў нас рабочыя прамысловасьці складаюць толькі 34.5 проц. усёй масы застрахаваных, вялікая лічба караткатэрміновых водпускаў і павышаная хваравітасьць, якая не адстае ад РСФСР. (На 100 забясьпечаных у РСФСР—1079,5, а ў БССР—1070,0 непрацаздольных дзён за 25-26 г.), паказваюць на аслабленнасьць арганізму забясьпечаных БССР.

З захвараваньняў асобнымі хваробамі, зварочвае на сябе ўвагу тубэркулёз і захвараваньні наогул дыхавічных органаў. Гэта група займае другое месца пасьля траўм, флегмон і абсцесаў.

На 1000 захварэўшых забясьпечаных прыходзіцца: тубэркулёзных—4,5; хвароб дыхав. органаў—4,5; флегмон і абсцесаў—16,1; хвароб страўнікoвых органаў—12,0.

Па асобным прафэсіям у сэнсе захвараваемасьці на першым месцы ідуць рабочыя шклянай прамысловасьці, потым шчаціншчыкі, швэйнікі і інш. групы.

Выключна профіляктычныя мерапрыемствы якія праходзяць па Галоўсахстрацу, як дамы адпачынку, якія функцыяніруюць ва ўсіх акругах улетку і ў 3—4 зімою зьяляюцца дасягненьнем выключна рэвалюцыйным. Летам дамы адпачынку абслугоўваюць 5—6 проц. усіх забясьпечаных, якія знаходзяцца ў чарговым водпуску і абслугоўваюць, такім чынам, здаровых, якія патрабуюць адпачынак. Зімою праз дамы адпачынку праходзяць выздараўліваючыя і аслабленыя. Лік ложкаў летам даходзіць да 800, а зімою—150. У 1926-27 г. прайшло праз дамы адпачынку 10.000 забясьпечаных, што складае 6,4 проц. Трэба яшчэ адзна-

чыць нашы санаторыі: „Чырвоны Кастрычнік“ на 80 л. дзеля туб. хворых, „Чарніцы“ на 84 ложкі дзеля костна-туб. хворых дзяцей, санаторый „Сасноўка“ на 150 ложкаў туб. хворых, які мае быць адчынен у пачатку 1928 году і будуючыйся санаторый дзеля нэрвовых хворых у Баркаўшчызне, лік ложкаў у санаторыях паказаны дзеля забясьпечаных.

Мясцовы фонд „Г“. *Табліца № 5.*

| Назва выдаткаў | 1926—27 г. СУМА | %% | 1927—28 г. СУМА | %% |
|---|---|---|---|---|
| Стацыянарная дапамога | 597.956 | 18,58 | 797.956 | 22.26 |
| Амбуляторная „ | 1.351.475 | 41.99 | 1.459.868 | 40,72 |
| Ахматмлад | 176.176 | 5,47 | 194.941 | 5.44 |
| Курорты | 146.875 | 4.56 | 162.015 | 4.52 |
| Спэцлячэньне і протэзіраваньне | 181.578 | 5.64 | 193.932 | 5.41 |
| Санаторная дапамога | 164.663 | 5,11 | 219.927 | 6,14 |
| Санпрасьвет і фізкультура | 38.682 | 1,20 | 40.240 | 1,12 |
| Кантроль і экспэртыза | 62.369 | 1,94 | 12.500 | 0,35 |
| Санітарн. мерапрыемствы | 7.000 | 0,25 | 44.000 | 1.23 |
| Псіх. дапамога | — | — | 27.000 | 0,78 |
| Інш. выдаткі | 59.061 | 1,83 | 35.747 | 0,99 |
| Будаўніцтва | 432.657 | 13,43 | 396.000 | 11.04 |
| | 3.218.433 | 100% | 3.584.136 | 100% |

Цэнтральны фонд „Г“.

| Назва выдаткаў | 1926—27 г. СУМА | %% | 1927—28 г. СУМА | %% |
|---|---|---|---|---|
| Стацыянарная дапамога | 38.763 | 11,48 | 40.763 | 12.49 |
| Амбуляторная „ | 21.714 | 6,42 | 21.714 | 6.65 |
| Ахматмлад | 2.260 | 0.66 | 2.500 | 0,77 |
| Санат.-курорт. дапамога | 78.812 | 23,3 | 78.813 | 24,15 |
| Спэцляч. і протэзіраваньне | 21.500 | 6.36 | 21.500 | 6.59 |
| Санітарные мерапрыемствы | — | — | 5.000 | 1,53 |
| Санпрасьвет | 6.450 | 1.91 | 6.450 | 1,98 |
| Інш. выдаткі | 7.683 | 2,27 | 7.683 | 2.35 |
| Будаўніцтва | 56.000 | 10,56 | 47.000 | 14,39 |
| Дом адпачынку | 105.000 | 31,04 | 95.000 | 29.10 |
| | 338.183 | 100% | 326.423 | 100% |

Табліца № 5 дае прадстаўленьне аб выдаткаваньнях па фонду „Г“ мясцоваму і цэнтральнаму.

У 1925-26 г. фонд „Г“ складаў 46 проц. у агульным бюджэце НК Аховы Здароўя; у 26-27 г., уключаючы і Гомельшчыну—44 проц.

Калі прыняць пад увагу, што ўсё паказанае дасягнута ў працягу 5—6 год, што ўсё будавалася на „чыстым полі“ ў тым сэнсе, што ў галіне мэдыка-профіляктычнай дапамогі рабочым мы ад царскага рэжыму, акрамя зношанага чалавеччага матар'ялу, нічога ў спадчыну не атрымалі, што ў гэтыя-ж гады мы змагаліся з эпідэміямі, з голадам, адбудоўвалі ня толькі нашу прамысловасьць, а і наша жыльлё, зьнішчанае войнамі і акупацыямі—нашы дасягненьні трэба прызнаць надзвычайна вялікімі, магчымымі толькі пры ўмовах Савецкае ўлады.

Аднак дасягнутыя вынікі нас не павінны задаволіць. Пры самым шырокім і цесным удзеле працоўных мас, памятаючы, што „ахова здароўя працоўных—ёсьць справа іх уласных рук“, мы павінны на працягу бліжэйшых год, павялічваючы колькасна, палепшыць якасна мэдыцынскую дапамогу забясьпечаным. Павінны будзем прыбліжаць яе да забясьпечаных, шляхам шырокай арганізацыі пунктаў першай дапамогі на прадпрыемствах, у заданьні якіх у адным шэрагу з мэдыцынскаю дапамогаю павінна будзе стаяць і профіляктычная работа. Павінны будзем шырока разьвіваць дыспансэрную дапамогу, імкнучыся да таго, каб амбуляторыі нашы сталі дыспансэрамі, а больніцы—стацыянарамі пры іх. Бадзёрым, шпаркім крокам да шчасьлівай здаровай працы—да сацыялізму!

---

# Медицинский Факультет Белорусского Государственного Университета.

*(Мысли, итоги, перспективы).*

Проф. **М. Б. Кроль.**

Учрежденный в 1921 г. в составе БГУ Медицинский Факультет за короткий период своего существования может похвалиться значительными достижениями, несмотря на то, что развивался он в самую трудную эпоху нашего строительства и в местности, где условия развития высшей школы были значительно более трудными, чем в других частях СССР. Действительно, Белоруссия только что освободилась от белополяков, еще дымились подожженные ими здания и чуть ли не на другой день после провозглашения БССР было провозглашено учреждение Университета и Медицинского Факультета. Больницы находились в ужасающем положении. Трудно было себе представить, что медицинский факультет мог бы их использовать для учебных потребностей. Казалось, что в лучшем случае можно было бы их использовать кое для каких специальных клиник, а основные клиники развернуть в более обширных, более подходящих зданиях. Так первоначально и было задумано. Однако, отсутствие средств диктовало тот путь, которым в дальнейшем шел медицинский факультет. Общими усилиями органов Здравоохранения и живыми силами факультета были восстановлены и подняты на высокую ступень существующие больничные учреждения. И раскаяться медицинскому факультету не приходится в избранном пути, как и органам Здравоохранения. Но связь медицинского факультета с учреждениями Здравоохранения одна из проблем, которых так много на коротком пути, пройденном до сих пор медицинским факультетом БГУ. И мы ее коснемся ниже. Здесь же прежде, чем перейти к изложению отдельных вопросов, скажу лишь, что медицинский факультет уже выпустил около 400 молодых врачей, которые, по единодушным отзывам, имеющимся в НКЗдраве, оказываются почти все на должной высоте.

## I. Особенности структуры медицинского факультета БГУ.

Главным образом из соображений экономических, а также за отсутствием достаточных помещений с самого начала организации медицинского факультета были задуманы следующие отступления от обычных планов медицинских факультетов Союза. Кафедру патологической анатомии было решено об'единить с кафедрой общей патологии, кафедру микробиологии с кафедрой общей гигиены, клинику гинекологическую с акушерской, физиотерапию с нервной клиникой. Вместо трех и даже четырех—как было до революции—кафедр по внутренним болезням и трех по хирургии было решено ограничиться двумя терапевтическими и столькими же хирургическими клиниками. Из них по одной обслуживали 3 и 4 курсы, а по одной 5-й курс. При организации стояли на правильной точке зрения: лучше скромнее, но

лучше. Не разбрасываться, а начать с малого. Не обошлось без того, чтобы из нужды сделать добродетель. Нам казалось, что это вынужденное самоограничение имеет свои хорошие стороны и в педагогическом отношении. Как будто уменьшалась многопредметность—главный бич высшей школы. Один профессор, руководящий студентами в основных клиниках в течение двух первых клинических годов, больше им даст, чем если дробить преподавание внутренних болезней или хирургии между тремя и даже 4-мя профессорами. Не малую роль сыграл в этом решении пример медицинских факультетов на Западе, где вышеупомянутые кафедры во многих университетах об'единены, где нередко существует лишь по 1-2 внутренних или хирургических клиники, где большую роль в преподавании играет поликлиника. И когда я этот наш план излагал некоторым ответственным работникам Московского Главпрофобра, они не только одобрили его, но выражали даже сожаление, что такие новшества, возможные во вновь строющемся университете, немыслимо или крайне трудно проводить на старых медицинских факультетах. Но если оглянуться на пройденный путь, то нельзя не сказать, что не все, „что здорово немцу", может быть без оговорок перенесено на нашу почву. Об'единение нескольких дисциплин в одну кафедру в Германии напр., компенсируется большим числом более или менее высоко квалифицированных доцентов или приватдоцентов по той же кафедре. Благодаря этому профессор может на своем основном курсе ограничиться лишь самым важным. Ему не приходится также останавливаться на самых элементарных предметах. И, наконец, он выбирает обычно те главы, где он наиболее квалифицирован. Если кафедру общей патологии и патологической анатомии занимает патолог, то при нем всегда имеется хорошо квалифицированный доцент, сплошь и рядом также с квалификацией профессора, который ведет курс патологической анатомии и наоборот. Тоже относится и к кафедрам, об'единяющим микробиологию и общую гигиену.

Там, где имеются по 1-2 внутренних или хирургических клиники, среди ассистентов имеется всегда большое число доцентов и приватдоцентов нередко также со званием профессора (нештатного), которые читают ряд параллельных курсов по диагностике (перкуссии, аускультации, микроскопии, болезням сердца, легких, обмена и т. д. и т. п.) и дополняют основной курс профессора. Так я сосчитал на медицинском факультете Берлинского университета, кроме 4 штатных профессоров по внутренним болезням, около 40 доцентов и приватдоцентов с титулом профессора и около 20 без такового знания, читавших в 1925-26 уч. году всего 102 вспомогательных курса по разным отделам внутренней медицины. По хирургии, кроме 4-х штатных профессоров, читали параллельные дополнительные курсы около 19 профессоров и 8 доцентов—всего 54 курса. В Берлине на всех 5 курсах медицинского факультета более тысячи слушателей. Но возьмем маленький провинциальный университет—Тюбинген, где на всем медицинском факультете в 1925-26 уч. г. было всего 295 студентов. Здесь имеется лишь один штатный профессор по внутренним болезням, который ведет клинику и поликлинику для всех клинических курсов. Но при нем состоят два профессора и два приватдоцента, читающие доцентские и приватдоцентские курсы. По хирургии в Тюбингене также лишь один штатный профессор, но кроме него читают параллельные и дополнительные курсы его ассистенты—2 профессора, один приватдоцент и несколько других врачей. Даже в Ростоке, где всего студентов-медиков в 1925 г. было 199 при двух штатных профессорах по внутренним болезням, имеются три приватдоцента (из них 1 с титулом профессора), которые в 1925 уч. году

вели 7 частных курсов. На Мюнхенском медицинском факультете по внутренним болезням, кроме основного курса по внутренним болезням, который читали два штатных профессора, читалось около 30 частных курсов 14-ью доцентами. По хирургии и ортопедии, кроме двух штатных профессоров—23 доцента читали 29 частных курсов. К этому следует добавить, что в Германии переход из одного университета в другой весьма облегчен. Студенты слушают один семестр внутренние болезни у одного профессора в Лейпциге, а следующий семестр у другого в Эрлангене, 3-й—в Тюбингене и т. д. Таким образом, кроме основного курса, имеются: 1) вспомогательные, пропедевтические курсы и 2) более специальные для желающих более детально ознакомиться с какой нибудь специальностью. И те и другие читаются доцентами или приватдоцентами. Подобная организация содействует в значительной степени рационализации работы. Высоко квалифицированному профессору не приходится вдалбливать элементарные сведения студентам, для которых доцентские и приватдоцентские курсы являются хорошей подготовительной школой для основного курса. Для профессора остается время для более углубленного чтения курса и студенты его с большей пользой усваивают. У нас в университете имеется некоторый суррогат таких частных курсов в виде обязательных практических занятий ассистентов со студентами. Такие занятия продолжаются в течение 3-4 недель по каждой клинике и ведутся непосредственно у постели больных, приучая студентов к практическим приемам исследования и диагностики, но заменять цельный курс они не могут.

В связи с этим необходимо поставить во всю широту вопрос о преподавании основных клиник и прежде всего на 3 курсе. Сама жизнь уже внесла соответствующий корректив. Профессор С. М. Мелких в течение последних лет поручал за своей ответственностью чтение отдельных глав по диагностике некоторым из своих ассистентов, специально изучавшим соответствующие отделы. Следует на ближайшее же время узаконить это положение, признав необходимым учредить при терапевтической клинике для 3-го курса доцентуры по диагностике и пропедевтике органов грудной полости и по диагностике и исследованиям крови. Также и по хирургической клинике назрела потребность в выделении доцентуры для 3-го курса—по общей хирургической диагностике и пропедевтике. Если мы стоим за систему двух, а не трех клиник для трех курсов, как принято на всех медицинских факультетах Союза, то не последнюю роль в этом вопросе играли, кроме экономических соображений, также доводы оппортунистического характера. При ограниченной численности коек и помещений, мы не считали возможным приглашать еще профессоров, с тем, чтобы в том же здании заведывать клиникой для другого курса. Но мы должны ввести необходимый корректив, дополняя пропедевтический подготовительный курс по терапии и хирургии для третьего курса соответствующими доцентурами. Подобное дополнение в точности соответствует утвержденному учебному плану, которому, однако, в настоящее время не соответствуют штаты, которые меньше, чем полагается по учебному плану в связи со сведением нескольких кафедр в одну. При всем этом не предрешается срок учреждения указанных доцентур.

Еще в большей степени назрел момент для развертывания нескольких других каферд, которые в отличие от прочих мед. факультетов Союза у нас об‘единены. По отношению к общей гигиене, которая до сих пор была об‘единена с кафедрой микробиологии подобное раз‘единение уже состоялось в прошлом году. Подобную операцию необходимо произвести по отношению к кафедре общей патологии

которая у нас связана с кафедрой патологической анатомии. При современном функциональном направлении в медицине отсутствие подобной кафедры общей патологии или патологической физиологии, не может не отразиться на полноте медфака. Метод патологической физиологии, особенно если дисциплину обставить достаточным числом практических занятий, является мостом, соединяющим метод нормальной физиологии с клиническим методом. Патологическая физиология не может быть придатком патологической анатомии. Уже скорее наоборот. Но кроме того отсутствие подобной кафедры лишает другие, в частности клинические кафедры компетентного руководства и помощи в целом ряде вопросов, возникающих в процессе работы. Трудность заключается лишь в отсутствии специалистов по этой дисциплине. Тем важнее иметь эту кафедру у нас, чтобы иметь собственный рассадник молодых ученых, которые при хорошей общепатологической подготовке окажутся лучшими клиницистами и врачами, чем без таковой.

Если общая патология родственна патологической анатомии и общая гигиена в известной мере микробиологии, то этого никак нельзя сказать по поводу об'единения на медицинском факультете БГУ кафедр фармакологии и биологической химии. Такое об'единение, совершенно не вытекающее из сущности этих двух дисциплин, ведет за собою лишь то, что тормозится развитие одной из этих кафедр, а нередко и обоих. Поэтому важнейшим условием для нормального развития факультета следует признать организацию самостоятельной кафедры биологической химии. При том огромном значении, которое химия за последние годы приобрела в медицине, отсутствие подобной кафедры бьет по нормальной работе клиник, ведет к дилетантизму, к кустарничеству. Ни одна клиника теперь не может обойтись без химической лаборатории. Но нужен компетентный центр, к которому можно обратиться за советами, руководством, где могли бы подготовиться врачи, владеющие лабораторной техникой. За границей, в частности в Германии, нет специальной кафедры биологической химии. Она об'единена с кафедрой физиологии. Но это опять таки касается лишь вопроса организационного, штатного. На самом деле при каждой физиологической кафедре всегда имеется высоко квалифицированный биохимик, который читает доцентский курс, ведет практические занятия. И нам нет нужды подражать плохим примерам тем более, что в германской высшей школе существуют тенденции к организации специальных кафедр по биологической химии.

Об'единение кафедры судебной медицины с кафедрой патологической анатомии точно также можно понять и оправдать лишь исторически, но никак не логически. Отсутствие кандидатов на подобную кафедру заставило придать ее к кафедре патологической анатомии. Однако, при первой же возможности необходимо выделить хотя бы доцентуру по этому предмету. Тоже следует сказать и о физиотерапии, об'единенной у нас с клиникой нервных болезней.

Если до поры до времени из соображений экономических, а также за отсутствием кандидатов и, наконец, в виду затруднительности обеспечить новые кафедры соответствующими помещениями и можно было примириться с таким положением, как оно создалось на нашем медицинском факультете, то в настоящее время отсутствие перечисленных самостоятельных кафедр уже начинает сказываться отрицательно на жизни нашего факультета. Выросшая научная работа на всех кафедрах ставит ряд задач, которые могут быть разрешены только в специальных лабораториях при кафедрах биологической химии, общей патологии, судебной медицины и т. д.

Особую роль следует отвести в учебном плане и в структуре факультета гигиеническим кафедрам. Несмотря на то, что в течение десяти лет советская медицина, как и наиболее передовая медицина Европы и особенно Америки, все более переходит на профилактические рельсы, у нас далеко не во всех кругах в достаточной степени сознают значение гигиенических кафедр в медицинском преподавании. В Америке преподавание preventive medicine занимает весьма важное место. Студентам дается задание писать подробную характеристику санитарно-гигиенического и культурно-бытового состояния района, местности, деревни, двора и т. п. Большим тормозом для развития гигиенических кафедр является отсутствие квалифицированных сил. Кроме того, у молодежи еще не произошел необходимый перелом в сторону preventive medicine.

В связи с тем, что клинические кафедры представлены в более блестящем виде, чем гигиенические, студентов естественно более влечет в клинику. Кроме того крайняя трудность „гигиенической" работы в условиях нашей бедности и культурной отсталости также не является моментом, внушающим интерес к гигиеническим дисциплинам. Между тем необходимо и кафедры гигиены и преподавание так обставить, чтобы им дать возможность успешно „конкуривовать" с клиниками.

Важнейшим шагом в этом отношении должна быть дальнейшая дифференциация гигиенических дисциплин. В учебных планах РСФСР такая дифференциация проведена. В них имеются отдельные курсы (кафедры) экспериментальной гигиены, социальной гигиены, гигиены труда, гигиены воспитания. Исходя из того, что у нас не было достаточных предпосылок для выработки научных кадров для стольких кафедр—у нас имеются лишь самостоятельные кафедры по общей гигиене и социальной гигиене. Но при этом необходимо твердо держать курс на подготовку доцентур хотя бы по санитарной статистике, гигиене труда и если возможно и гигиене воспитания при Институте Социальной Гигиены.

Еще несколько слов о преподавании физической культуры. В настоящее время ни в одном из университетов не читается курса по физкультуре. Студенты знакомятся с теорией и отчасти с ее практикой на различных кафедрах. По московским программам она входит в курс экспериментальной гигиены. На первом с'езде физиотерапевтов в 1925 г. большинство высказалось в пользу того, что преподавание физкультуры должно быть об'единено с преподаванием физиотерапии. Физкультура является как бы физиопрофилактикой и этим дополняет физиотерапию. И практически рекомендуется строить площадки для физкультуры при учреждениях физиотерапии. Спорт является медицинским приемом не только для сохранения здоровья, но и для лечения болезней. С другой стороны и спортивные занятия должны контролироваться с точки зрения влияния их на разные органы теми же методами, что и другие факторы, применяемые в физиотерапии. Все это действительно дает некоторое право преподавание физической культуры временно хотя бы об'единить с физиотерапией.

Если теперь, учитывая все вышесказанное, мы обратимся к вопросу, какова должна быть нормальная конструкция медицинского факультета БГУ, принимая также во внимание возможность замещения кафедр подходящими специалистами, то мы должны заявить со всей решительностью: что было хорошо и допустимо при первых шагах факультета, то недопустимо более теперь. Мы должны иметь полнокровный, полноценный факультет, где все дисциплины представлены отдельными кафедрами, замещенными специалистами или профессорами

или доцентами. В составе факультета должны быть 21 штатная кафедра, на которых преподаются следующие дисциплины: 1) нормальная анатомия, 2) гистология с эмбриологией, 3) физиология, 4) физиологическая химия, 5) патологическая анатомия, 6) патологическая физиология, 7) фармакология с фармацией; 8) микробиология, 9) экспериментальная гигиена, 10) социальная гигиена, 11) первая внутренняя клиника; 12) первая хирургическая клиника, 13) курс акушерства и гинекологии с клиникой, 14) курс детских болезней с клиникой, 15) курс нервных болезней с клиникой, 16) курс психиатрии с клиникой, 17) курс кожных и венерических болезней с клиникой, 18) курс глазных болезней с клиникой, 19) курс болезней уха, носа и горла с клиникой; 20) вторая терапевтическая клиника и 21) вторая хирургическая клиника, и следующие доцентуры: 1) по стоматологии, 2) по пропедевтике внутренних болезней, 3) по хирургической пропедевтике, 4) по оперативной хирургии с топографической анатомией, 5) по туберкулезу, 6) по ортопедии, 7) по судебной медицине, 8) по гигиене труда, 9) по санитарной статистике, 10) по физиотерапии с физкультурой, 11) по инфекционным болезням с клиникой, 11) по рентгенологии.

Введение постоянных штатных окладов невозможно для всех доцентур, а лишь для тех, которые будут иметь „полную нагрузку“, напр. по стоматологии, по оперативной хирургии, по судебной медицине, по инфекционным заболеваниям. В дальнейшем может быть придется список доцентур еще увеличить введением обязательного курса по урологии *).

## II. Вопросы рационализации.

Рациональная постановка преподавания на медицинском факультете должна исходить прежде всего из отчетливого представления об‘ема работы. Нужно твердо решить, каков должен быть контингент студентов медицинского факультета, каковы потребности органов Здравоохранения и отчасти Наркомпроса в части подготовки научно-преподавательских сил и, наконец, каковы финансовые возможности.

При учреждении медицинского факультета был заключен договор между медфак. и органами Здравоохранения, по которому лечебные учреждения передаются медицинскому факультету для целей преподавания. Весь врачебный персонал дается университетом, который ведает лечебным и учебно-научным делом в клиниках. Хозяйственная сторона остается в руках Наркомздрава или Окрздрава, которые через главного врача больницы и через заведующих отделениями руководят административно-хозяйственной жизнью учреждения.

В первые годы количество поступающих студентов ничем не регулировалось. Подобно другим медицинским факультетам Союза и в БГУ число студентов не соответствовало емкости факультета. На отдельных курсах оказывалось до 200 и более студентов. Чтобы их обучать, потребовалось и достаточное количество коек и достаточный контингент младших преподавателей, численность которых определялась числом коек. Незначительный оклад, который в то время получали научные работники ни в какой степени не мог их обеспечить настолько, чтобы отдаться научно-педагогической работе полностью. Отчасти и этим об‘яснялась необходимость некоторого увеличения численности штатов медицинского факультета. При системе практических занятий со студентами, принятой у нас на факультете и при много-

*) План этот был предложен на обсуждение об‘единенного заседания бюро предметных комиссий в присутствии почти всех членов факультета и при голосовании единогласно принят.

численности студентов уменьшать количество младших научных сотрудников нам тогда казалось невозможным. Тем не менее еще в период организации факультета раздавались довольно настойчивые голоса членов факультета, что необходимо уменьшить численность сотрудников за счет увеличения заработной платы каждому из них. Также и научные сотрудники выступали с требованиями улучшения их материального положения, указывая на невозможность отдавать себя целиком научной работе из-за необходимости совместительства. Наконец, за последние годы взят энергичный курс на уменьшение численности студентов. В связи с этим пришлось пересмотреть организацию медицинского факультета с точки зрения соответствия его размеров потребностям редуцированной численности студентов, а также со стороны возможности улучшения условий работы преподавательского персонала. Уменьшение числа студентов вызвало уменьшение числа групп практических занятий. Таким образом пришлось несколько сократить число научных работников младших курсов. Но для небольшого медицинского факультета нет также нужды и в слишком больших клиниках. В контракте с окрздравом не предусматривалось число коек. Глухо говорилось, что университет дает врачей. И бывали случаи, что окрздрав считал нужным увеличивать число коек, не прибавляя при этом своих врачей. Ненормальность подобного положения очевидна. Поэтому к началу этого учебного года было решено точно фиксировать число коек каждой клиники, необходимое для целей преподавания. Было признано, что для этого достаточно иметь во всех клиниках по 30 коек, кроме так называемых двойных клиник, как 1-й терапевтической и 1-ой хирургической, в которых обучаются 3 и 4 курсы и акушерско-гинекологической. В них нормальное число клинических коек определено в 50. На каждые 10 коек определялось по 1 ординатору. Остальное число коек должно обслуживаться городскими врачами, однако без того, чтобы образовать особые городские отделения внутри клиники. Все отделение больницы, в котором находится клиника, во врачебном и учебно-научном отношениях остается подчиненным профессору. Таким путем удалось несколько сократить также и штаты старших клинических курсов. Число клинических ассистентов подверглось самым незначительным изменениям, так как лишних единиц и не было. К сожалению, нельзя сказать, что рационализация достигла своей главной цели превратить персонал медицинского факультета в full time работников, т. е. достичь идеала американских факультетов. Несмотря на сокращение штатов прибавка к заработной плате ассистентов и ординаторов получилась далеко не в таких размерах, чтобы можно было запретить работникам совместительство. Ординатор вместо 65 руб. теперь получает 75, а клинический ассистент вместо 100 руб.—125. Правда, удалось целиком перейти на систему штатной оплаты, отказавшись от почасовой. И в этом нельзя не усмотреть некоторого достижения. Тем не менее даже профессорская ставка в 270 руб., а тем более ставки ассистентов—ассистенты теоретических кафедр получают 140 рублей—и ординаторов, конечно, не таковы, чтобы дать им возможность целиком отдать себя научно-преподавательской работе. Дальнейшее развитие факультета поэтому требует следующих дополнений к твердой штатной системе:

1) Необходимо значительно увеличить ставки работников. 2) Необходимо, кроме штатных должностей с твердой оплатой, иметь еще должности с почасовой оплатой для таких работников, которых не удастся целиком нагрузить часами настолько, чтобы для них предусмотреть твердую штатную ставку. К этой категории относятся

особенно некоторые доцентуры, напр. по туберкулезу, по пропедевтике внутренних и хирургических болезней, по социальной гигиене, по физиотерапии и т. п. 3) Необходимо ввести в штат те кафедры как отдельные единицы, которые теперь об'единены с другими кафедрами, но которые весьма существенны для медицинского факультета, являются как бы краеугольными камнями его и которые необходимо развернуть, принимая во внимание интересы дальнейшего развития факультета. Как уже выше было упомянуто, сюда относятся в первую голову кафедры общей патологии и биологической химии.

Итоги произведенной рационализации особенно скажутся, начиная с ближайшего года, когда число студентов будет доведено приблизительно до нормы на 4-х курсах факультета, но лишь в том случае, если одновременно будет увеличена ставка научных работников. Вместе с тем следует лучше поставить и учет работы и руководство младшими работниками.

### III. О младших преподавателях.

Важнейшим элементом в системе преподавания на медицинском факультете является кадр младших преподавателей. Организация медицинского факультета в Минске совпала с учреждением еще и других мед. фак. в Союзе. В исключительных случаях удавалось пригласить в Минск хорошо подготовленных ассистентов из других городов. В большинстве же случаев пришлось пригласить ассистентов из числа местных врачей, интересовавшихся научной работой, но не прошедших систематической академической школы. Еще труднее обстояло дело с ординаторами, которые как известно обычно приглашаются из числа окончивших данный факультет. И поэтому на ординаторские должности также попадали местные врачи, имевшие уже некоторый практический стаж. Некоторые клиники на первые один или два года приглашали не ассистентов, а ординаторов с тем, чтобы из последних уже отобрать ассистентов. В огромном большинстве младший персонал медицинского факультета БГУ с большой честью вышел из того трудного положения, когда ему приходилось не только учиться и что еще труднее, переучиваться, но и еще учить. И если наши первые медицинские выпуски оказались на высоте, то в очень значительной степени они этим обязаны младшим преподавателям, не жалевшим ни сил, ни энергии, ни времени, чтобы изо дня в день вести практические занятия со студенческими группами, вести лечебную работу в клинических отделениях, помогать профессору в организации кафедры, самим готовиться и учиться и по некоторым клиникам даже заниматься к тому еще и научными работами. И все это в условиях крайне трудных и в смысле снабжения и в смысле заработной платы. Только за последнее время условия стали улучшаться, хотя оплата младшего персонала далеко еще не может быть признана достаточной.

Материальная обеспеченность научных работников и в дореволюционное время никогда не стояла на высоте. Для сотрудников медицинского факультета низкая оплата труда лишь до известной степени компенсировалась возможностью частной практики. Последнюю имели только более старые ассистенты. Громадное большинство научных работников всех факультетов всегда подвергалось достаточным лишениям. Поддерживалась их работоспособность исключительно интересом к научной работе и надеждой выдвинуться в дальнейшем на поприще науки или практики. При настоящих условиях, когда частная практика значительно снижена, единственный выход из положения материальной нужды заключается в совместительстве, которое отвлекает работника от его

непосредственной работы и совершенно лишает его возможности квалифицироваться и совершенствоваться.

Все эти моменты в достаточной степени влияли и на настроение и на работу младших преподавателей нашего факультета. Часть из них пришла в университет уже после нескольких лет частной практики. Не проделавши обычного стажа научного работника, проходящего в ассистенты после ординаторского стажа, некоторая, правда, совершенно незначительная, часть их принесла в клинику свои навыки и методы, от которых отделаться не всем легко. Уже на второй или 3-й год не успевши еще написать ни одной сколько нибудь серьезной работы они уже стали претендовать на доцентуру, вступали в конфликты со своими шефами, иногда полагая, что учиться у них больше нечему. Подобные вредные наросты на медицинском факультете замечаются конечно всюду. В огромной литературе последних лет, посвященной вопросам высшей школы Германии, Англии и Америки об этом говорилось в достаточной степени. Вопросу младших преподавателей Lubarsed посвящает в своей работе целую главу. Недовольство своим более подчиненным положением для некоторых натур является важным двигателем в жизни и источником страданий, бесконечных интриг и склок, которые до нельзя затрудняют работу отдельных кафедр и всего факультета. Нельзя поэтому отрицать значения за существующим в большинстве заграничных факультетов обычаем троякого подхода к каждой кандидатуре. Последняя оценивается с точек зрения научной и учебной и, наконец, с точки зрения приемлемости по своей „социабельности“ („Gefälligkeitszotum“), т. е. с точки зрения того, насколько кандидат подходит к специфическим условиям академической жизни, насколько он свои личные интересы умеет подчинить интересам государственным, интересам высшей школы.

Если в старых университетах регулятором подобных, повторяю, у нас крайне редких абэрраций являются установившиеся традиции, то в молодом университете, да еще в условиях провинциального окружения всякая пустяковая, вполне естественная, стычка находит невероятно громкое эхо, раздувается в событие первой важности, мешает нормально работать, превращается в борьбу лиц, самолюбий. И нигде кажется так не приложима поговорка о тухлом яйце, которое портит всю кашу. Поэтому крайне важно, чтобы при комплектовании сотрудников каждой кафедры учитывалась необходимость охранить кафедру от подобных потрясений. Весь авторитет факультетских, общеуниверситетских и партийных организаций должен быть направлен в сторону того, чтобы предотвратить, чтобы искоренить подобные эксцесы.

Но было бы крайне близоруко, если бы причины тех „потрясений“, которые наш медфак, подобно и другим, переживал в течение последнего академического года, искать в отдельных, повторяю, единичных личностях. Несомненно, что тут имеются и более глубокие причины, о которых отчасти говорилось выше. И прежде всего к ним относится вопрос о материальном обеспечении. Американская практика в особенности (A. Flexner) выработала тип „full time преподавателя“, который все свое время посвящает высшей школе, получая за это хорошее вознаграждение. Напр. для профессора оно доходит до нескольких десятков тысяч рублей в год. Малое вознаграждение особенно младших преподавателей, как уже было сказано выше, ведет к совместительству, гибельному для дальнейшего научного совершенствования ассистента, но в особенности ординатора. Принимая во внимание в особенности современную рационализацию,

которая требует усиленной работы от каждого работника, следует со всей категоричностью подчеркнуть, что необходимость совместительствовать ставит под сомнение дальнейшую квалификацию молодого ординатора. Поэтому дальнейшим условием нормальной обстановки медицинского факультета является хорошее обеспечение особенно младших преподавателей. При этом совершенно мало убедительным является деление ассистентов по оплате на теоретических и клинических. Если мы требуем для последнох „full time", их надо уравнять в оплате с теоретическими.

Не менее важным является вопрос о дальнейшем продвижении младших преподавателей. В этом отношении существует значительная недоговоренность по самым основным вопросам. Так, некоторые университетские деятели рассматривают всех ординаторов клиник как будущих научных работников университета, упуская из виду, что из всей массы ординаторов, избираемых на три года, лишь незначительный процент в дальнейшем пройдет в ассистенты. Громадное большинство их перейдет на практическую работу по здравоохранению. Необходимо лишь, чтобы за три года ординаторы успели как можно лучше использовать все, что дает клиника. Не только все методы клинического исследования, диагностики и лечения должны стать достоянием ординатора. Необходимо, чтобы они за три года познакомились с постановкой научных проблем, с методикой научной работы. И только тот ординатор на высоте, которому удалось за годы клинической работы закончить серьезный научный труд монографического характера. Увлекаться при этом казуистикой и описанием отдельных случаев, а тем более „печением блинов" не следует. Нередко оно ведет к поверхностности. Все же в пропедевтическом отношении крайне важно заставить молодого ординатора более или менее подходящие случаи подробно изучать и с точки зрения литературной и о них докладывать на конференции. Серьезное внимание следует обращать на стиль подобных работ. К сожалению, стилистика у наших научных работников нередко весьма хромает. А между тем нередко стилистическое несовершенство является лишь проявлением недостаточной продуманности. Конечно, не все, что читается на конференциях, подлежит печатанию. Сами же доклады и даже рефераты, которые пишутся молодыми ординаторами, являясь лишь более расширенной студенческой историей болезни, очень полезны для них. Но при этом никоим образом их не следует приравнивать к серьезному научному труду, от которого требуется прежде всего самостоятельность исследования и самостоятельное овладение методом. Большим прогрессом в этом отношении является предоставление нашему университету права присуждать степень доктора. Это уже внесло и еще внесет много оживления в научную работу.

Дальнейшее продвижение ординатора, окончившего свою трехлетнюю ординатуру возможно по трем направлениям. Громадное большинство поступает в ведение органов здравоохранения, чтобы быть использованными для медицинской работы. Значительное меньшинство—единицы—получает возможность дальнейшего продвижения по научной линии в качестве ассистентов. Наконец, некоторая часть, которой удается получить работу в университетском городе, может получить возможность совместить свою основную работу с продолжением работы в учебно-вспомогательном учреждении мед. фак. При кафедрах всех союзных университетов и в настоящее время, как и в довоенное время, как и заграницей, имеются, кроме штатных ассистентов, также и сверхштатные, которые отчасти—в незначительной

степени—ведут и занятия со студентами, главным же образом ведут научную работу, нужную для собственной квалификации, а также необходимую для кафедры в виду того, что нехватает штатных рабочих рук для разработки всего материала, скопляющегося по данной кафедре. К сожалению, вопрос о сверхштатных ассистентах при кафедрах мед.-фак. Б. Г. У. до сих пор разрешался отрицательно. Однако, надо полагать, что в настоящее время он имеет больше шансов потому, что вопрос о сверхштатных врачах (экстернах) вообще теперь принципиально разрешен благоприятно и кроме того после последних сокращений жизнь потребует компенсаций для выполнения ряда заданий научного характера. Дальнейший этап развития института экстернов заключается в том, что их следует разбить на сверхштатных ординаторов без научного стажа и сверхштатных ассистентов с научно-учебным стажем.

Каковы дальнейшие перспективы для ассистентов? По положению о научных работниках, принятому Совнаркомом Белоруссии, они по происшествии трех лет подлежат переизбранию. Нельзя не согласиться с тем, что такой краткий срок—меньший, чем в других союзных республиках—создает некоторое чувство неуверенности в прочности своего положения, что не может не отражаться на работоспособности. С другой стороны, весьма желательно дать возможность факультету отказаться от мало пригодного ассистента лучше раньше, чем позже. Тем более, что в тех случаях, когда ассистент удовлетворяет всем требованиям, переизбрание на второе, третье и так далее трехлетие совершенно обеспечено. В интересах кафедры и факультета сохранить хороших ассистентов. Они являются основным ядром, важнейшей рабочей силой, без которых кафедра буквально ничто.

Однако, при этом возникает новая и крайне серьезная проблема дальнейшего продвижения ассистента. Ясно, что пребывать в должности вечного ассистента, главная функция которого при наших условиях изо дня в день вести сравнительно элементарные занятия со студентами почти репетиторского характера, также не очень улыбается особенно тем из ассистентов, у которых имеется самостоятельная исследовательская жилка и которые ощущают потребность поделиться с аудиторией результатами своих собственных работ. Также и в интересах заведующего кафедрой фиксировать при своей кафедре наиболее выдающихся ассистентов, давая им за это кое какие компенсации морального характера в виде чтения какого либо специального курса. Но доцентские курсы все должны быть предусмотрены учебными планами. Они вводятся в тех случаях, когда или нет соответствующей квалификации профессора или тогда, когда курс слишком невелик, чтобы выделить его в отдельную кафедру. На медицинском факультете доцентских курсов не может быть много. В борьбе с многопредметностью всю медицинскую науку разделили на сравнительно небольшое число дисциплин и кафедр. В связи с этим расчитывать ассистенту попасть в доценты весьма трудно. А между тем число часов, предоставленных каждому предмету, настолько невелико, что изложить весь курс разрастающейся все более дисциплины часто весьма трудно. Студенты, особенно интересующиеся отдельными главами основного курса, часто не имеют возможности подробнее ознакомиться со всеми деталями, всеми новостями, важными и для практического врача. Таким образом интересы трех категорий лиц высшей школы сходятся в том, чтобы учредить специальные приватдоцентские курсы, необязательные, не оплачиваемые, или еще лучше оплачиваемые из „специальных средств“—когда то из „гонорарных“ сумм. В этом заинтересованы

и молодые ученые, особенно из ассистентов, и профессора, желающие фиксировать при своей кафедре талантливых ассистентов, и наконец не в меньшей степени и студенты, среди которых особенно за текущий год в связи с почти полной ликвидацией зачетных хвостов, особенно сильно возрос интерес к специальным научным вопросам. Показателем последнего является стремление к учреждению специальных научных студенческих кружков. Лучше всего, если подобные кружки будут группироваться вокруг приватдоцентских курсов, которые следует обставить таким образом, чтобы дать студентам возможность наиболее активной работы.

Кроме Белорусского Государственного Ун-та институт приватдоцентов имеется во всех университетах Союза. Может быть отсутствие его у нас до сих пор до известной степени оправдывалось еще тем, что среди наших молодых научных работников еще не было в достаточной степени квалифицированных лиц. Но в настоящее время из их среды несомненно уже можно назвать ряд лиц, которые с честью могут вести приватдоцентские курсы. Кроме того, повторяю, еще один момент отпал, который как будто говорил против учреждения приватдоцентур до сих пор—это момент перегрузки студентов несданными за первые курсы зачетами.

Приватдоцентские курсы являются лучшей школой для будущего профессора. Они являются прекрасным стимулом для большего углубления в специальную исследовательскую работу. Само собою разумеется, что получение звания приватдоцента (venia legendi) должно быть обставлено достаточными гарантиями, что пройдут действительно только достойные лица. С этим связан и вопрос о том, можно ли допустить в приватдоценты также и лиц, не связанных службой в университете или совершенно никогда в нем не работавших или выбывших из него. Не имею возможности за отсутствием места здесь подробно остановиться на этом крайне важном вопросе. Принципиально вряд ли можно возражать против допущения в приватдоценты лиц, и не состоящих ассистентами. Дальнейшее развитие медицинского факультета Б.Г.У. диктует необходимость открыть для ассистентов у нас как и в других местах возможность дальнейшего продвижения в приватдоценты. В опубликованном летом СНК Белоруссии „Положении о научных работниках“, правда, нет ничего об институте приватдоцентов. Но это не говорит против права факультета и Правления выбирать приватдоцентов. Дело в том, что „Положение“ касается лишь тех категорий научных работников, которые находятся на службе в ВУЗ‘е, но не касается тех, которые, как приватдоценты, связаны с университетом лишь необязательным курсом и которые оплачиваются из специальных средств или вовсе не оплачиваются. „Положению“ о приватдоцентах место в университетском уставе. В нем должно быть оговорено и право иметь в учебно-вспомогательных учреждениях экстернов и сверхштатных работников. Ведь и о последних „положение“ умалчивает, что однако не лишает факультета права иметь таковых работников.

Итак, институт приватдоцентов, до сих пор отсутствующий на медицинском факультете Б.Г.У., необходимо ввести, как он введен во всех прочих университетах Союза. Стоящая на высоте современной науки приватдоцентура является необходимейшим дополнением основных курсов. Она таким образом делает медицинский факультет полноценным и об‘емлющим с исчерпывающей полнотой все разрастающиеся здание научной и практической медицины.

Здесь уместно сказать несколько слов еще об одном анахронизме, существующем на нашем медицинском факультете, анахронизме,

преимущественно связанном с номенклатурой. Если в клиниках практика у нас не выделила еще повсюду с достаточной четкостью деления ассистентов на старших и младших тем более, что молодые научные работники поступают на должности ординаторов, оплачиваемые по меньшей ставке, то на теоретических кафедрах дело обстоит далеко не так как следует. Наша номенклатура знает только ассистентов—старшие ассистенты прошли на бумаге, но на деле по смете не прошли, и ординаторов. Поэтому только что окончивший факультет и оставленный по теоретической кафедре получает столько же, сколько и старший ассистент с многолетним стажем и больше, чем старый клинический ассистент. Необходимо и у нас ввести ту же номенклатуру, которая существовала и раньше и существует повсюду и теперь. Надо при кафедрах нормальной анатомии, гистологии, общей патологии, паталогической анатомии, оперативной хирургии и судебной медицины ввести должности прозекторов и помощников прозекторов, из которых первые приравниваются к доцентам, что предусмотрено и „Положением о научных работниках". При других теоретических кафедрах необходимо также ввести там, где число ассистентов больше одного, должности старших и младших ассистентов.

Вопрос о продвижении научных работников стоит в тесной зависимости от повышения их квалификации. Занятые организационной работой, кафедры в первые же годы обратили самое серьезное внимание на этот пункт. В клиниках повышение квалификации состоит преимущественно в овладении молодыми врачами методами исследования, диагностики и лечения. Обходы, конференции, специальные научные темы, которые даются руководителем кафедрой врачам—все это должно помочь им овладеть всем научно-практическим багажом. Но совершенно немыслима никакая научная работа без знания иностранной литературы. Поэтому не может быть никакого продвижения научного работника, не умеющего читать на иностранном языке. Для клинического работника, готовящегося к дальнейшей научной работе, также крайне желательны командировки на теоретические кафедры. Научные работники при теоретических кафедрах освобождены от текущей медицинской (лечебной) работы и имеют больше времени для научной работы. Это правда не касается кафедр патологической анатомии и судебной медицины, которые в наших условиях, при отсутствии окрздравских прозекторов заняты практической работой по линии окрздрава не меньше клинических врачей. Руководство научной работой сотрудников кафедры, конечно, также должно входить в обязанность заведующего кафедрой. Особенное значение следует придавать руководству работой аспирантов.

## IV. Методы преподавания и проверки знаний.

Вопросы методики преподавания на медицинском факультете БГУ не вызывали сколько нибудь существенных споров. С самого начала рядом с лекциями значительная доля времени уделялась практическим занятиям. Группы по теоретическим предметам составлялись от 10 (по анатомии) и до 25 (по аналитической химии) человек. Клинические занятия велись и ведутся с группами в 10 человек. Занятия происходят таким образом, что ассистенты подробно разбирают со студентами больных, знакомят их со всеми методами исследования, в том числе и с лабораторными. Единственным недостатком этого метода является то, что студенты в большинстве случаев приучаются к пассивности, так как практические занятия нередко превращаются в лекции. Следует поставить эти занятия таким образом, чтобы студенты более или

менее самостоятельно разбирались в больных, а затем об них докладывали на совместных занятиях. В дальнейшем, когда число студентов на факультете будет доведено до нормы, не превышающей 100 человек на курсе, удастся удлинить срок практических занятий и придать им еще более основательный характер.

Нагрузка студентов медицинского факультета все еще весьма значительна. Ряд предметов, которые должны проходиться в средней школе, продолжать приходится на медицинском факультете. Сюда относятся белорусский язык, обществоведение, латинский, а также иностранные языки. Для желающих обучение языков должно происходить в средней школе. Для неуспевших и желающих совершенствоваться могут быть организованы факультативные курсы языков. Но для поступления в университет необходимо требовать знания белорусского языка и обществоведения в размере теперешних программ 1-го курса медицинского факультета. Благодаря уменьшению учебного плана за счет указанных предметов будет несколько сокращена нагрузка студентов младших курсов, что посодействует более успешному прохождению специально медицинских предметов. Еще важнее освободить студентов от посторонней университету нагрузки. За первые годы большая часть студентов имела еще постороннюю службу, что вносило большие перебои в работу студентов. Приходилось устраивать вечерние практические занятия. Лекции плохо посещались. За последние годы в этом направлени происходит несомненное улучшение. Состав студентов на младших курсах все более образуется из крестьянских слоев. Число стипендий в процентном отношении все увеличивается. И студенты имеют возможность больше посвящать времени учебным занятиям. Необходимо повести еще решительную борьбу с чрезмерной общественной нагрузкой студентов, с бесчисленными собраниями. Сознавая всю важность приучения студентов к общественной работе, все же следует ввести ее в самые строгие рамки. На бумаге имеется распоряжение о том, что общественная нагрузка студента не должна превышать 6-ти часов в неделю. Но в переводе на практический язык это означает три вечера в неделю мининимум. Однако предполагать, что на каждый вечер тратится лишь по 2 часа, это значит закрывать глаза на факты. Сколько бесполезного времени тратится на ходьбу, на ожидание начала собрания и т. д. Следует эти шесть недельных часов—если их уж никак до трех снизить нельзя—использовать более по „ноту", устраивая максимум по два заседания в неделю, и еще лучше через неделю.

Вопросам проверки следует придавать особенное значение. Идеальной была бы проверка в течение всего года. Если заведующий кафедрой на лекциях или на групповых занятиях в достаточной степени убеждается в знаниях студента, то казалось бы дальнейшие экзамены были бы излишними. Тем не менее необходимо в конце семестра еще раз подвергнуть студента общей проверке по всему курсу. Практика нашего факультета показала, что громадное большинство преподавателей относится к экзаменам и зачетам сугубо серьезно. Почти по всем дисциплинам в том числе и клиническим проверка происходит и на старших курсах. Поэтому вполне естественно, что к большему числу государственных экзаменов студенты идут уже хорошо подготовленные. Не следует забывать, что об'ем теперешних государственных экзаменов несравненно меньше об'ема прежних, когда приходилось сдавать заново все предметы и первых курсов. Теперь ограничиваются только сдачей экзаменов по клиническими предметам и по тем немногочисленным теоретическим предметам, которые проходят на старших

курсах. Казалось бы, что при таких условиях можно было бы от государственных экзаменов и вовсе отказаться. Но дело в том, что государственные экзамены формально имеют тот смысл, что проверяются знания молодых врачей специальной комиссией, в которую входят представители от ведомств, заинтересованных в дальнейшей работе молодых врачей. Государственные экзамены являются проверкой государством и обществом молодых врачей на зрелость, на подготовленность к ответственнной и общественной работе. Преподаватели университета в большинстве случаев уже и до экзаменов знают, кто из студентов подготовлен и кто не подготовлен. Не подготовленных и к экзаменам не допускают. Косвенно государственные экзамены дают возможность комиссии выяснить также и дефекты факультета, его слабые места с тем, чтобы соответственно их исправить.

## V. Связь медицинского факультета с органами здравоохранения.

Клиники медицинского факультета находятся в советских больницах. Взаимоотношения регулируются договором, заключенным между окрздравом и деканатом, но еще в большей степени взаимной заинтересованностью. Как и в настоящее время и на более или менее близкое будущее университет своих клиник иметь не может. Содержать их по государственному бюджету будет немыслимо. Платность, хотя и частичная, при здешних условиях расходов также не окупит и в значительной степени повлияет на состав больных. Для преподавания наилучшим материалом является повседневный смешанный состав больных, как крестьян, так и застрахованных. Благодаря медицинскому факультету органы здравоохранения имеют бесплатную квалифицированную медицинскую помощь. Но, кроме того, благодаря медицинскому факультету обеспечена и подготовка новых кадров врачей, изучающих медицину в белорусских условиях и связанных более прочно со здешним краем. Несмотря на взаимную заинтересованность не обходилось и без некоторых трений. Но не говоря уже о том, что все они разрешались вполне благоприятно, при ближайшем их анализе оказывалось, что в основе их лежали не противоположность интересов, а исключительно отсутствие необходимых рессурсов для удовлетворения нужд клиники и в очень ничтожном числе случаев те или иные личные моменты. Повторяю, что во всех случаях без большого труда удавалось найти удовлетворительное решение, которое при данных условиях должно было удовлетворить медицинский факультет. Не буду здесь останавливаться подробно на всех перипетиях и стадиях развития, которые проделали взаимоотношения между медицинскими факультетами и органами здравоохранения. Последним этапом следует признать уничтожение должностей заведующих отделениями, которые находились на службе окрздрава и заведывали административно-хозяйственной частью клиники. Часть возникавших трений нужно отнести на счет двойственной или трудной роли подобных заведующих. Сейчас предполагается вместо них учредить по каждой больнице должность помощника главного врача по административно-хозяйственной части.

Весьма большую работу несут клинические врачи по консультациям в других клинических отделениях. Особенно это сопряжено с неудобствами для тех клиник, которые не находятся на территории Советских больниц.

Члены медицинского факультета ведут далее большую работу по обслуживанию и других не лечебных сторон НКЗдрава. Так кафедра микробиологии, находящаяся в Государственном Белорусском Пастеровском Институте, стоит в центре всей санитарно-бактериологической

работы в республиканском масштабе. Кафедры гигиенические также обслуживают здравоохранение. Не в меньшей степени это относится и к кафедрам патологической анатомии и судебной медицины и ряду других. Все мероприятия принципиального характера органы здравоохранения предварительно обсуждают с представителями соответствующих кафедр, с деканатом или в Ученом Медицинском Совете при Наркомздраве. С другой стороны в состав деканата медицинского факультета введен также и Наркомздрав, с которым, как и с Окрздравом согласовываются все мероприятия, касающиеся не только медицинского факультета, но и учреждений Здравоохранения.

## VI. Научная работа медицинского факультета БГУ.

Когда подводим итоги научной работы медицинского факультета БГУ, приходится удивляться тому, каким образом при трудных условиях первых организационных лет члены факультета успели написать целый ряд научных исследований, из которых многие имеют большую научную ценность. При этом далеко не все уже совершенно готовые работы появились в печати. Одним из самых крупных дефектов нашего университета, как и многих других, является отсутствие достаточных средств для печатания. Поэтому некоторые более крупные работы монографического характера еще ждут своего опубликования. Ниже мы даем список работ членов факультета уже напечатанных и сданных в печать. Этот список не претендует на полноту. Кроме того, в него не вошли многочисленные доклады, демонстрации, рефераты, читавшиеся на научных конференциях кафедр. *)

## VII. Вопросы белоруссизации.

Белоруссизация медицинского факультета сделала за последнее время значительные успехи. Они выражаются в изменении состава студенчества, который все более приближается к составу населения Белоруссии. Краеведческое направление, сказывающееся в том, что в преподавании и в научных темах отдельных кафедр отводится значительное место медико-биологическим вопросам рабочих и крестьянских масс Белоруссии, также полностью совпадает с национильной политикой Советского Государства. Почти на всех кафедрах практические занятия ведутся на белорусском языке. Конечно, декретированием перехода на белорусский язык не разрешается вопрос о белоруссизации. Тут речь идет об историческом процессе, который будет разрешен только с течением времени. Он закончится лишь тогда, когда университет действительно и по своему составу станет белорусским, когда разные элементы, входящие в его состав, дадут прочную единую амальгаму. Все увеличивающийся крестьянский состав студенчества, все растущее национальное самоопределение рабочих и крестьянских масс в этом отношении будет важнейшим фактором, который будет давить в этом направлении. Подготовка смены из молодых коренных жителей республики завершит этот процесс. Но нужно признать, что это процесс длительный. И до того, как нам удастся обойтись исключительно коренными силами, еще далеко. Поэтому нам не следует отказаться от помощи в строительстве и не местных по происхождению работников. Тем что они работают в республике, тем что они сюда переехали для культурного строительства, они стали коренными ценными работниками. И те из них, кто искренно предан своей работе по культурному и экономическому под'ему нашей отсталой республики, преодолеют в конце концов и те значительные препятствия, которые связаны с переводом

*) По техническим причинам список не мог быть помещен. Он появится в следующем номере.

преподавання на белорусский язык. Этот естественный исторический процесс амальгамирования происходит, он происходит незаметно, постепенно, помимо декретов. От него не может ускользнуть ни один серьезный работник. и по отношению к этому процессу приложима латинская поговорка: Volentem ducunt, nolentem trahunt.

Вопросы терминологии, которым придавали столь большое значение в дебатах о темпе перехода преподавания на белорусский язык, занимают второстепенное место в медицинской науке. Как на всех языках медицинские термины могут оставаться латинскими или греческими.

## VIII Численность и состав студенчества.

1921—1927 год.

| ГОДЫ | Число студентов | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 к. | 2 к. | 3 к. | 4 к. | 5 к. | Всего |
| 1921-22 г. . . . | 306 | 24 | — | — | — | 230 |
| 1922-23 „ . . . | 216 | 302 | 24 | — | — | 542 |
| 1923-24 „ . . . | 239 | 216 | 268 | 23 | — | 746 |
| 1924-25 „ . . . | 186 | 194 | 178 | 223 | 20 | 801 |
| 1925-26 „ . . . | 134 | 235 | 193 | 186 | 187 | 935 |
| 1926-27 „ . . . | 95 | 154 | 185 | 187 | 170 | 791 |
| 1927-28 „ . . . | 114 | 93 | 138 | 175 | 188 | 708 |

| ГОДЫ | Социальный состав | | | | | Национальный состав | | | | | Партийность | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Раб. и дети раб. | Крест. и дет. крес | Служ. и дети | Прочие | Всего | Белорус. | Евреи | Рос. | Прочие | Всего | КПБ | КСМ | Беспарт. | Всего |
| 1921-22 г. . . . | Нет сведений | | | | 330 | Нет сведений | | | | 330 | Нет сведений | | | 830 |
| 1922-23 „ . . . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 1923-24 „ . . . | 65 | 151 | 351 | 179 | 746 | 227 | 462 | 47 | 10 | 746 | 29 | 51 | 369 | 746 |
| 1924-25 „ . . . | 78 | 145 | 329 | 249 | 801 | 280 | 452 | 54 | 15 | 801 | 30 | 51 | 720 | 801 |
| 1925-26 „ . . . | 117 | 166 | 443 | 210 | 935 | 350 | 517 | 54 | 14 | 935 | 32 | 75 | 328 | 935 |
| 1926-27 „ . . . | 132 | 167 | 341 | 151 | 791 | 334 | 395 | 50 | 12 | 791 | 39 | 78 | 674 | 791 |
| 1927-28 „ . . . | 137 | 156 | 307 | 108 | 708 | 338 | 311 | 45 | 14 | 708 | 54 | 97 | 557 | 708 |

## IX. Несколько цифр из сметы медфака.

| Наименование расходов | По всему университету | | | | | | По мед. фак. | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Совзнак. | | Червонными | | | | Червонными | | | |
| | 1922-23 | | 1923-24 | | 1924-25 | | 1925-26 | | 1926-27 | |
| Зарплата . . . . . | 2.602.127 | 52 | 189.464 | 38 | 289.632 | 75 | 200 917 | 18 | 219.781 | — |
| Научное оборудов. . | 845.322 | 25 | 44.387 | 36 | 63.582 | 72 | 38.464 | 31 | 36 741 | 12 |
| Командир. и под'емн. . | 123.641 | 54 | 1.464 | 12 | 4·250 | 55 | 3.841 | 15 | 2.644 | 80 |

## X. Заключение.

Весь пройденный путь медфака богат неустанной и трудной работой. Из незначительных ростков, которые вызывали скептицизм у многих малодушных, он развился в стройное здание, которое заняло видное и почетное место в культурном строительстве Белоруссии и которое занимает не последнее место и среди медицинских факультетов Союза. Он уже играет крупную роль и по подготовке новых кадров квалифицированных медицинских работников и по переподготовке старых. Он готовит и смену будущих преподавателей мед. наук. Он говорит свое веское слово по поводу всех научно-практических вопросов здравоохранения Белоруссии. Он разрабатывает в своих недрах серьезные и сложные вопросы науки, обладая для этого и научным клиническим и лабораторным оборудованием, а также и компетентными и все совершенствующимися научными работниками. Он уделяет не мало времени изучению Белорусского края и особенностей быта и здоровья его населения. Он наконец выносит знание и в рабочие клубы, и в деревенскую глушь, участвуя в работе по санитарному просвещению и циклах лекций и в эпизодических беседах.

Чувствуя прочную почву под ногами и пользуясь доверием общественных кругов, поддержкой правительственных, партийных и профессиональных организаций, мед.фак. будет и впредь стоять на своем посту, развиваясь в указанных выше направлениях. Он тем более бодро смотрит в будущее, что он не пройдет мимо опыта прошлых лет. Еще более окрепший после неизбежных болезней детского возраста, внутренне более солидаризировавшийся, он имеет теперь все данные к тому, чтобы еще дальше расти и с успехом выполнять те ответственные функции, которые на него возложены.

## Источники.

Протоколы, отчеты, доклады и т. д. деканата медфака Б. Г. У.
Материалы по высшему образованию в РСФСР 1927 Госиздат.
Статьи в „Научном работнике“ 1926 и 1927 г.г.
A. Flexner. Medical education 1925 г.
Methods and problems of med. education 1924-26.
Iaspers. Die idee der Universität 1923.
Lubarsch. Zur Frageder Hochischul reform. 1919.
Becker. Gebanken zur Hochischul reform. 1920.
Recent advances in medical education. London. 1923.
Расписание лекций университетов в Берлине, Мюнхене, Франкфурте, Тюбингене, Геттингене, Ростоке и мн. др.

# Проблема одонтологического образования и задачи кафедры стоматологии БГУ.

И. М. Старобинский

*(Зав. кафедрой стоматологии БГУ).*

Долгожданная реформа зубоврачебного образования и создание кафедр стоматологии и одонтологии при медицинских факультетах вылились в реальные формы только после Октябрьской революции. Первого октября 1918 г. последовало постановление Н. К. З. и Н. К. П. о закрытии прежних зубоврачебных школ, а постановлением Н. К. З. и Н. К. П. от 16 IX 1919 г. было признано, что зубоврачевание должно проходиться наравне со всеми другими медицинскими специальностями, при чем допущение „каких бы то ни было переходных форм зубоврачебного образования с сокращенным курсом" является „нецелесообразным". Одновременно с этим последовало постановление об открытии при медицинских факультетах обязательной кафедры патологии и терапии зубов и хирургии челюстей и полости рта.

Поэтому мне кажется вполне уместным подвести некоторые итоги и коснуться проблемы одонтологического образования и задач кафедры стоматологии БГУ именно в юбилейном, посвященном десятилетию Октябрьской революции, номере нашего журнала.

Незачем, по моему мнению, касаться в настоящей статье тех глубоких недостатков преподавания, которые характеризовали ликвидированные зубоврачебные школы: среди медицинского мира нет и не может быть иного взгляда, кроме того, что нельзя рассматривать зуб, как изолированный от организма орган и что нельзя изучать патологию зуба, не увязывая ее с патологией полости рта и челюстей и патологией всего организма. Такой взгляд является аксиомой и без признания современной американской теории о ротовом сепсисе.

Само собой разумеется, что, войдя в стены медицинских факультетов и в соответствии с требованиями, пред'являемыми последними к будущему врачу, одонтология не могла оставаться в рамках изучения патологии и терапии зубов и расширилась до своих естественных пределов, превратившись в более широкую по об'ему стоматологию, охватывающую патологию зубов, полости рта и челюстей.

Только в УССР реформа зубоврачебного образования приняла другую форму. Также, признавая в принципе полную несостоятельность прежнего школьного зубоврачебного образования, не дающего зубным врачам необходимого для их специальности обще-медицинского базиса, на Украине, тем не менее, из опасения недостаточности притока врачей, избирающих своей специальностью одонтологию, кафедры одонтологии были организованы только при Одесском и Днепропетровском медицинских институтах, а при Харьковском и Киевском мединститутах были созданы самостоятельные одонтологические факультеты с четырехлетним курсом.

Нельзя, однако, не согласиться с П. Г. Дауге, что украинская реформа является половинчатой реформой. „Сокращение всего курса на год, из'ятие из общей программы ряда серьезных дисциплин, непрохождение основных клиник—терапевтической и хирургической, чрезмерное выпячивание протезной техники перед всеми остальными предметами—превращают кончившего одонфак в того же прежнего узкого специалиста, полуврача, полутехника-художника, хотя бы и улучшенного типа“. Кроме того, мы всегда указывали на еще одну организационную ненормальность в постановке образования на одонтологических факультетах. Она заключается в том, что несмотря на одинаковые требования, пред'являемые к поступающим на медицинский и одонтологический факультеты, несмотря на совместное обучение студентов обоих факультетов на первых двух курсах и несмотря на почти одинаковую продолжительность обучения (последнее относится именно к Украине, где общий курс медицинских наук укладывается, за небольшим исключением в 4 года, а пятый год составляет уже т. н. уклоны: лечебный и профилактический),—права оканчивающих медицинский и одонтологический факультеты резко отличаются друг от друга. Окончившие медицинский факультет имеют право, хотя бы формальное, заниматься любой специальностью, в том числе и одонтологией, которую они, быть может, на факультете и не проходили. Окончившие одонтологический факультет получают звание врача-одонтолога, имеющего право заниматься только болезнями зубов, т. е. по существу прежнее звание зубного врача. Этот важный психологический момент не был учтен при организации одонтологических факультетов и большая часть студентов покинула одонтофаки после второго курса, уйдя на 3 курс медицинских факультетов других университетов, в том числе и в наш Белорусский Университет.

Исходя из вышеприведенных соображений, мы всегда считали, что украинская реформа зубоврачевания в настоящем ее виде обречена на неудачу. И, действительно, существование одонтологических факультетов очень скоро показало всю их нежизнеспособность.

Уже в ноябре 1925 года на II Всесоюзном одонтологическом с'езде в прениях по докладу П. Г. Дауге о зубоврачебном образовании представитель украинского студенчества выступил с следующим официальным заявлением: „...Мы считаем, что определенный рост научной одонтологии и создавшаяся общая ситуация—за последние 10 лет—вызвали определенную эволюцию в системе одонтологического образования. Поэтому мы считаем, что, с одной стороны, появление одонфака на смену зубоврачебной школе было необходимо; необходимо подведение медицинского базиса под одонтологические науки. С другой же стороны, доказательством от противного является наше положение одонтологических факультетов на Украине. Одонтологический факультет по своей программе стоит выше старой зубоврачебной школы. Но, принимая во внимание рост медицинских дисциплин, мы можем сказать, что одонфак по отношению к медицинским дисциплинам стоит в таком же положении, как старая зубоврачебная школа по отношению к одонфаку. Конечно, такое положение ни в коем случае не подготовляет нас к той лечебной и профилактической деятельности, которую от нас требует наша действительность. По этой причине факультет представляет собой ВУЗ, в котором нет ни работников, ни материальных средств...“

На состоявшемся через некоторое время в Харькове совещании ректоров и деканов медицинских и одонтологических факультетов было постановлено превратить одонтологические факультеты в стома-

тологические уклоны медицинских факультетов (т. е. прибавить на 5 курсе к хирургическому и терапевтическому под'уклонам лечебного уклона еще один стоматологический уклон).

Оставляя в стороне анализ этого решения, как осуществимого только в украинских условиях медобразования с уклонами на 5 курсе и поэтому непригодного в данный момент для БССР, мы должны констатировать, что в то время, как в настоящем юбилейном году мы стоим накануне намеченной ликвидации одонфаков, молодые кафедры стоматологии и одонтологии в РСФСР, Грузии и Азербайджане заметно крепнут в своей педагогической, исследовательской и практической работе, несмотря на бесконечно тяжелые условия их существования.

Не взирая на горький урок с одонтологическими факультетами, до сих пор раздаются отдельные голоса, считающие проблему одонтологического образования при наличии кафедр на медицинских факультетах без каких нибудь промежуточных форм неразрешимой. Обычно, их аргументом является то обстоятельство, что, дескать, студент-медик не захочет избрать эту „узкую, кропотливую и скучную специальность"(!?) и что поэтому в республике может ощущаться недостаток в одонтологах.

Нас всегда поражает, почему именно по отношению к одонтологии существует такая каррикатурная точка зрения. Совершенно напр. определенно известно, что в НКЗ РСФСР поступают ежедневно требования от органов здравоохранения на местах на невропатологов, офтальмологов и ринологов. И удовлетворить эту потребность не представляется возможным, так как этих специалистов катастрофически нехватает. Однако, каждому из нас показалось-бы невероятным, если бы мы услышали от кого либо предложение открыть поэтому специальные глазные или, скажем, носовые школы, факультеты или институты.

Я все же думаю, что мы не ошибемся, если будем искать корни этого консерватизма по отношению к одонтологии в исторических условиях ее развития, и в недостаточном знакомстве с диапазоном этой медицинской дисциплины.

Тем, конечно, труднее становятся задачи кафедры стоматологии БГУ. Нужно не только заниматься педагогической и исследовательской работой, но нужно также бороться с окружающим скептицизмом и суметь победить его. А для этого прежде всего надо преподавать стоматологию в том разрезе, в коем бы студент убедился в ее огромном биологическом интересе, в широком об'еме ее практической и научной деятельности и в огромной роли стоматологии в деле лечебного и профилактического государственного здравоохранения.

Таким образом, первой и основной задачей кафедры стоматологии является, по моему мнению, создание таких условий преподавания стоматологии, которые могли бы привлекать к ней внимание студенчества, как к интересной и широкой по об'ему научной дисциплине.

В соответствии с этими разбивается нами программа теоретического курса по стоматологии на 7 отделов. Первый отдел представляет собой обычную пропедевтическую часть и включает в себя предварительные сведения из анатомии, эмбриологии и физиологии зубов и полости рта. Ко второму отделу—частной патологии и терапии болезней мягких частей полости рта—относятся болезни губ, болезни десен и слизистой оболочки полости рта, болезни языка и болезни слюнных желез. В третий отдел программы входят воспалительные

процессы на челюстях, переломы челюстей, специфические воспалительные процессы на челюстях: lues, tbc и актиномикоз, одонтогённые опухоли челюстей, злокачественные опухоли челюстей и болезни челюстного сустава. Этот отдел включает в себя всю патологию челюстей. Четвертый отдел программы посвящен патологии зубов: кариесу зубов, патологии и терапии болезней пульпы, переломам зубов, альвеолярной пиоррес и принципам пломбирования зубов. Пятый отдел посвящен частной хирургии полости рта. В этот отдел входит знакомство с принципами операций в полости рта, областная анестезия 2-ой и 3-ей ветвей тройничного нерва, удаление зубов, группа операций в полости рта, начинающихся с образования слизисто-периостального лоскута, частичная резекция челюсти, пластические операции в полости рта и способы мобилизации анкилозированного челюстного сустава. Шестой отдел программы представлен учением о ротовом сепсисе и физиологией и патологией зубов и полости рта в связи с заболеваниями других органов. К последнему седьмому отделу относится большая глава о профессиональных болезнях полости рта и о социальной профилактике кариеса.

По совершенно иному принципу составлена программа практических занятий. При ведении последних задача кафедры заключается в том, чтобы научить студентов владению рядом тех практических приемов, надобность в применении коих может встретиться у врача на участке с первых же шагов его практической деятельности. Он безусловно должен уметь оказывать первую помощь при заболеваниях зубов, должен владеть техникой экстрации зубов и оперативного удаления их в случае перелома, должен уметь наложить проволочную шину Тигерштедта при переломе челюсти, должен владеть техникой типичных разрезов при воспалительных процессах на челюстях и т. п. Вся программа практических занятий разбивается поэтому на следующие занятия. Первое занятие—знакомство с стоматологическим инструментарием и методами исследования полости рта; изучение экстракционного инструментария и отдельных моментов экстракции зубов на фантомах и черепах. Второе занятие—экстракция зубов и областная анестезия 2-ой и 3-ей ветвей тройничного нерва на трупах. Третье занятие—экстракция зубов и областная анестезия на б-ых в поликлинике. Четвертое занятие—демонстрация лечения простого кариеса, пульпита и гангрены зуба; знакомство с оказанием первой помощи при зубных заболеваниях. Пятое занятие – разбор поликлинических б-ых. Шестое занятие—амбулаторные операции. Седьмое занятие—знакомство с принципами протезирования полости рта и наложение шин Тигерштедта; чтение рентгенограмм. Восьмое занятие—обход стационара и операции в стационарном отделении.

Обе эти программы ни в коем случае не претендуют на выпуск законченного специалиста-стоматолога точно также как невозможно, чтобы кончающий медицинский факультет студент мог быть законченным специалистом по офтальмологии, оториноляригнологии и другим специальностям. Эти программы, как я уже указал, имеют своей целью ознакомить будущего врача с обширной главой о заболеваниях полости рта и научить его ряду необходимых каждому врачу практических приемов.

Подготовка же кафедрой стоматологии специалистов-стоматологов, которые бы, кроме научной базы, приобрели бы навык в самостоятельной практической, повседневной работе, начиная от пломбирования зуба и кончая операцией в полости рта, есть совершенно

другая задача кафедры, требующая совсем иных методов работы. Этих специалистов НКЗ БССР может черпать из числа кончающих ординатуру врачей, а также из лиц, оставляемых при кафедре на год (т. н. стажеров-стипендиатов).

Если исходить из расчетов перспективного плана НКЗ (см. М. И. Барсуков. За два года), то на ближайшее пятилетие потребуется около 20 одонтологов в год. Само собой разумеется, что говорить о такой цифре в ближайшие 2 года существования молодой кафедры не приходится. Однако, уже в этом году имеются заявления от кончающих медицинский факультет о желании стажировать по стоматологии *). Число лиц, избирающих своей специальностью стоматологию, как показывает опыт в РСФСР и автономных республиках ЗСФСР, неуклонно и быстро растет с каждым годом. Нужно признать, что этому обстоятельству крайне способствует учреждение ряда аспирантских мест при кафедрах стоматологии, большого количества стипендий НКЗ для начинающих стоматологов и повышение ставки стоматолога на один разряд против обычной ставки врача. Несомненно, что к этой группе стимулирующих мероприятий следует отнести также увеличение количества штатных ординаторов клиники, которая, кстати сказать, очень нуждается в значительном расширении, соответствующем оборудовании, а главное в помещении. В этом отношении положение стоматологической клиники БГУ резко отличается от других одонтологических клиник Союза, получивших в наследство богатый инвентарь и оборудование прежних зубоврачебных школ.

Все вышеизложенное дает полную уверенность, что при той экономической концепции, которая складывается сейчас вокруг стоматологии, и при моральной и материальной поддержке НКЗ в плоскости только что намеченных форм, проблема одонтологического образования в БССР будет скоро разрешена. Для этого кафедра стоматологии, с своей стороны, должна без устали работать над изысканием тех путей и методов преподавания стоматологии на медицинском факультете, которые бы подняли стоматологию на должную высоту и вызвали бы живейший интерес к ней среди студенчества и врачей. Приспособить работу кафедры к широким задачам лечебного и профилактического государственного здравоохранения, не впадая ни в узкий академизм, ни в вульгарной практицизм—задача трудная, но не невыполнимая.

О научно-исследовательской работе кафедры стоматологии БГУ и ее общественных функциях в другой раз.

---

*) Ко времени печатания настоящей статьи при кафедре стоматологии уже работают три молодых врача, направленных НКЗ БССР на 11 месячный стаж. Авт.

# Основные положения построения государственного бюджета по здравоохранению в Белоруссии на 1927-28 г.

С. А. Гиткин.

Бюджет всегда является отражением, с одной стороны—той политики, которая проводится и с другой—тех потребностей, в которых нуждается та или иная область народного хозяйства. В данном случае при построении государственного бюджета по здравоохранению мы руководствовались теми специальными особенностями лечебно-санитарного состояния нашей республики и теми директивами, которые легли в основу нашего пятилетнего плана строительства. Мы старались в основу положить принцип—не количественное увеличение сети, а качественное улучшение существующих уже учреждений. Затем мы стремились дать всему бюджету определенный профилактический уклон, уделяя внимание расходам больше всего на борьбу с социальными болезнями, из которых туберкулез, психические заболевания занимают в бюджете первое место. В числе социально-профилактических мероприятий мы учитывали также охрану материнства, младенчества и детства. Наконец, третья задача, которая стояла перед нами—это предусмотрение норм охраны труда медицинских работников.

Вот что было принято нами за основу при составлении бюджета.

## Структура аппарата.

В структуре самого аппарата органов здравоохранения как в центре, так и на местах в текущем году были произведены коренные изменения. Аппараты целиком переведены на функциональную систему и переобразованы в Инспекториаты.

Центральный аппарат Наркомздрава состоит из 21½ штатных единиц вместо 39 и делится на три основные части: Инспектура, Секретариат и Бухгалтерия. Инспекториаты в округах состоят из 2-3 ответственных работников—Инспекторов, а в техническом отношении обслуживаются аппаратом Окрисполкома.

Все функциональные учреждения НКЗ администрируются Окружными Инспекториатами, за исключением научно-исследовательских и республиканских, которые непосредственно подчинены Наркомздраву.

Всего в Белоруссии имеется около 950 врачей, из них в сельских местностях 323. Всего служащих в медико-санитарных учреждениях по Белоруссии—6.062 человека.

## Состояние сети.

Состояние медико-санитарной сети характеризуется нижеследующими данными. В 1926-27 г. было в городах:

1. По госбюджету:

Больниц . . . . . 12 с числом коек 1.487,
из них псих.—835
в исправд. —150
и лечебных—502

| | | | |
|---|---|---|---|
| Тубсанаторий . . . | 2 | с числом коек | 145 |
| Тубдиспансеров. . . | 11 | „ „ „ | 65 |
| Вендиспансеров. . . | 11 | | |
| Фавоз. лечебниц . . | 4 | „ „ „ | 300 |
| Дом Грудн. Ребенка . | 1 | „ „ „ | 110 |
| Амбулаторий при Исправдомах . . . | 5 | | |
| Эвакоприемник . . . | 1 | „ „ „ | 40 |
| Пастеровскии И-тут и Химико-Бактер . | 3 | „ „ „ | 25 |
| Центр. Детск. Дисп. . | 1 | | |
| Консультация. . . . | 1 | | |
| Протезн. Мастерск. . | 1 | | |

II. По местному бюджету

| | | | |
|---|---|---|---|
| Больниц . . . . . . | 37 | с числом коек— | 2.298 |
| Амбулаторий. . . . | | | |
| Коек в яслях . . . | | „ „ | 490 |
| Коек в детдомах . . | | „ „ | 589 |
| Хим.-Бакт. Лабор. . | 8 | | |
| Трахом. Изолятор . | 2 | | |

В сельских местностях:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Больниц . . . . . | 116 | с числем коек— | 2.146 |
| Врач. амбул. . . . . | 122 | | |
| Фельд. пунктов. . . | 130 | | |
| Зубн. кабинетов . . | 32 | | |
| Сельск. консульт. . . | 26 | | |
| Полев. ясель. . . . | 190 | | |

Исходя из количества населения в Белоруссии вместе с Гомелем приходится на 1 койку в городах—128, в сельских местностях—2.200.

По перспективному пятилетнему плану Наркомздрава по местному бюджету количество коек в городах увеличивается на 300, в сельских местностях на 1.000, количество новых врачебных амбулаторий в сельских местностях увеличивается на 32; из общего количества фельдшерских пунктов 100 из них переобразовывается во врачебные.

По имеющимся статистическим данным за первую половину 1926-27 года вся медико-санитарная сеть работала с чрезмерной нагрузкой, особенно в части туберкулезной и психиатрической помощи. Поэтому увеличение количества этих коек будет служить в тоже же время и профилактическим средством борьбы против такого рода социальных болезней.

Тяжелое санитарное состояние нашей республики выдвигает необходимость увеличения количества санитарных врачей, число которых в 1927-28 г. предполагается довести по государственному бюджету до 40, а по обоим бюджетам до 56.

### Психопомощь.

Как уже неоднократно было указано, количество психокоек удовлетворяет лишь четверть потребности для госпитализации душевнобольных, с другой стороны потребность в них с каждым годом все возрастает, в особенности в Белоруссии, как в бывшем плацдарме военных действий. Увеличение количества коек по психучреждениям является неотложной задачей Наркомздрава и на 1927-28 год количество

указанных коек увеличено на 60, а также вносятся в бюджет необходимые средства для постройки каменного корпуса при Могилевской психбольнице, постройка расчитана на 3 года.

### Социальные болезни.

Широкое распространение социальных болезней по Белоруссии требует применения срочных мер для расширения сети профилактических учреждений, ведущих борьбу с ними. На 1927-28 год количество костно-туберкулезных коек в санатории „Черницы" увеличивается на 35. Организовывается Научно-Исследовательский Туберкулезный Институт на 60 коек, расширяется пропускная способность существующих медико-санитарных учреждений и увеличивается количество курортных мест для крестьян, в особенности для туберкулезных.

### Протезная помощь.

Протезная помощь населению Белоруссии оказывается протезной мастерской в Минске, при ней еще имеется Ортопедическая Амбулатория. Протезной мастерской в 1927-28 г. будет протезировано крупными протезами 400 человек—инвалидов войны и труда.

В связи с присоединением к Белоруссии и Гомельщины, увеличилось количество непротезированных инвалидов, а также количество инвалидов, нуждающихся в обмене протезов. Организованная в прошлом году Ортопедическая Амбулатория дает возможность обучить инвалидов носке протезов и дает возможность оказывать помощь больным, нуждающимся в механо-терапии. Последнее обстоятельство вызвало необходимость организации 10 ортопедических коек, которые территориально будут расположены при 1-й больнице в Минске.

Переход Народного Комиссариата Здравоохранения на новые рельсы администрирование диктует необходимость в увеличении существующих научно-лечебных и исследовательских учреждений, на которых он мог бы опираться в своей работе по строительству здравоохранения. В виду этого на1927-28 год испрашиваются средства по содержанию: Туберкулезного Института, который явится научно-практическим и исследовательским учреждением по борьбе с туберкулезом, Санитарно-Гигиенического Института, который будет научным центром всей санитарной организации Института Социальной Гигиены с клиникой профболезней, при котором будут сконцентрированы вопросы по борьбе с социальными и профессиональными заболеваниями и изучение социально-экономических факторов, влияющих на здоровье трудящихся.

### Охрана материнства, младенчества и здоровья детей.

Главная задача охраны материнства младенчества и здоровья детей—дать правильное, с медицинской точки зрения, направление в воспитании детей, принять меры к устранению вредных окружающих условий и иметь заботу о здоровьи женщины. Ясли, детские консультации, патронат, детское питание должны составлять сущность работы органов по охране материнства, младенчества и здоровья детей. Для осуществления этих задач в Белоруссии функционируют нижеследующие учреждения:

| | |
|---|---|
| Городских консультаций | 18 |
| Молочных кухонь | 15 |
| Городских ясель | 20 |
| Домов ребенка | 14 |
| Детских диспансеров | 3 |
| Сельских консультаций | 26 |
| Летних сельских ясель | 190 |

В целях разгрузки детских домов и ослабления потребности в детских койках с 1926-27 года практикуется отдача детей на воспитание за плату в чужие семьи—так называемый патронат.

В указанном году патронировано было 30 детей, а на 1927-28 г. предположено увеличить патронированных детей до 50.

**Анализ испрашиваемых кредитов.**

Смета на 1927-28 год исчислена на сеть в количестве 60 учреждений с числом коек — 2.319, амбулаторных посещений — 916.000, 1.736½ штатных единиц, всего на сумму 2.162.500 р. Заработная плата и социальное страхование в общей сумме бюджета составляет 1.019.800 р. или 47,17, прочие расходы 52,83 проц. В 1926-27 г. вместе с Гомельщиной наша государственная смета была: 1.942.414 руб., причем на долю зарплаты и социального страхования приходилось 861.633 руб., или 44,33 проц., а прочие расходы составляли 55,67 проц. На государственный бюджет было взято 57 учреждений с 2.172 койками.

Таким образом после произведенных всех изменений сеть учреждений Наркомздрава на 1927-28 год предполагается в следующем виде:

| Наименование учреждения | Количество: | | | | | Примечание |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Учрежд. | Штатн. един. | Коек | Амбул. посещ. | Протезов | |
| Центральный аппарат | 1 | 21½ | — | — | — | |
| Больничные учрежд. | 6 | 520 | 752 | 120.000 | — | |
| Протезная мастерская с ортопедич. амбулатор. | 1 | 12½ | — | 10.000 | 500 | |
| Больницы при Исправдомах | 7 | 62 | 150 | 68.000 | — | |
| Амбулатории при Исправдомах | 4 | 6 | — | 16.000 | — | |
| Учр. психпомощи | 3 | 353 | 695 | — | — | 200 психкоек проходит по больничн. учр. |
| Санаторий | 2 | 82½ | 180 | — | — | |
| Тубинститут | 1 | 61½ | 60 | 30.000 | — | |
| Тубдиспансеры | 10 | 146½ | 55 | 156.000 | — | |
| Вендиспансеры | 11 | 131½ | — | 358.000 | — | |
| Сан.-Бакт. и Сан.-Гиг. Институты | 3 | 56 | 25 | — | — | |
| Пастеровская станция | 1 | 4 | — | — | — | |
| Фавозн. лечебниц | 4 | 78 | 300 | 15.000 | — | |
| Учрежден. Охматмлада и охр. здор. детей | 2 | 151 | 95 | 135.000 | — | |
| Судебн. эксперт. | 1 | 12 | — | — | — | |
| Санитарн. врачей | 1 | 24 | — | — | — | |
| Центр. Бюро Врач. Эксп. | 1 | 10½ | — | — | — | |
| Итого | 60 | 1.736½ | 2.312 | 916.000 | 500 | |

Изменения, произведенные в штатах по сравнению с прошлым годом характеризует нижеследующая таблица:

| Установл. штат на 1926-27 г. | Убыло | | Прибыло: | | | Утв. на 1927-28 г. | Увеличение |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Перед местн. бюдж. | Сокращено | По новым учрежд. | Расширение | Рост по существ. учрежд. | | |
| 1.627 | 6 | 32 | 54 | 53 | 40,5 | 1.736 | 109½ |

Из указанной таблицы видно, что общее количество штатных единиц на 1927-28 год по сравнению с предыдущим годом увеличено на 109 ½ человек. Увеличение об'ясняется произведенным расширением коек в существующих медико-санитарных учреждениях (53 един.) организацией новых учреждений (54 един.), а также увеличением норм обслуживания больных в лечебных учреждениях (особенно по психиатр.) —40,5 чел.

## Расходы.

Распределение испрашиваемых расходов по предметному признаку, т. е. по степени оказания медпомощи, характеризует нижепоказанная таблица:

1926-27 год.

| Наименование группы расх. (по учрежд.) | Количество штатн. един. | Количество коек | Количество амбулат. посещен. | Заработная плата | Прочие расходы | Всего | Количество штатн. един. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Центр. аппар. . . | 39 | — | — | 46.945 | 16.691 | 63.636 | 21½ |
| 2. Лечебн. учр. . . | 874½ | 1.527 | 211.100 | 400.747 | 629.553 | 1.030.400 | 953½ |
| 3. Профилакт. „ . . | 367½ | 210 | 477.400 | 206.267 | 195.298 | 404.567 | 426 |
| 4. Сан.-бакт., сан.-гиг. и Пастер. станц. . | 52 | 25 | — | 36.089 | 40.068 | 76.157 | 60 |
| 5. Учрежд. охраны матерNew., млад. и здор. детей . . . . | 224½ | 410 | 127.000 | 119.515 | 108.061 | 227.577 | 229 |
| 6. Экспертиза и санитарн. врачи. . . | 49½ | — | — | 50.057 | 8.796 | 57.863 | 62½ |
| 7. Научные расходы . | — | — | — | 24.984 | 11.730 | 36.714 | — |
| 8. Санитарно-курортн. помощь крестьянам | — | — | — | — | 30.500 | 30.500 | — |
| 9. Фонды . . . . | — | — | — | — | 15.000 | 15.000 | — |
| Итого . . | 1.627 | 2.172 | 815.500 | 886.617 | 1.055.797 | 1.942.414 | 1.752½ |

1927-28 год.

| Наименование группы расх. (по учрежд.) | Количество коек | Количество амбулат. посещен. | Зарплата | Прочие расходы | Всего | Сумма увелич. или уменьш. | % % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Центр. аппар. . . | — | — | 33.810 | 11.920 | 45.730 | — 17.906 | — 28,14 |
| 2. Лечебн. учр. . . | 1.597 | 21.400 | 479.125 | 606.670 | 1.087.595 | + 57.195 | + 5,55 |
| 3. Профилакт. „ . . | 295 | 552.000 | 260.980 | 271.220 | 532.200 | + 128.633 | + 32,93 |
| 4. Сан.-бакт.. сан.-гиг. и пастер. станц. . | 25 | — | 47.380 | 42.110 | 89.490 | + 13.383 | + 17,59 |
| 5. Учрежд. охраны материн., млад. и здор. детей . . . . | 395 | 150.000 | 120.940 | 125.040 | 275.980 | + 18.403 | + 8,08 |
| 6. Экспертиза и санитарн. врачи . . . | — | — | 53.680 | 6.970 | 60.650 | + 2.787 | — 0, 5 |
| 7. Научные расходы . | — | — | 23.875 | 13.270 | 37.155 | + 441 | + 1,20 |
| 8. Санат.-курортн.пом. крестьянам . . . | — | — | — | 30.500 | 30.500 | — | — |
| 9. Фонды . . . . | — | — | — | 35.000 | 35.000 | + 20.000 | + 133,33 |
| Итого . . | 2 312 | 916.000 | 1.019.800 | 1.142.700 | 2.162.500 | 546.346 | 27, 5 |

Анализируя указанные расходы, следует отметить нижеследующее:

а) По центральному аппарату кредиты отпущены в абсолютных цифрах на 17.906 руб.—28,14 меньше предыдущего года.

Произведенная рационализация аппарата дает экономию по зарплате на 12.250 руб., а остальная сумма по административно-хозяйственным расходам, но с другой стороны развертывание работы Наркомздрава вызывает необходимость увеличения его операционных расходов. Особенно увеличиваются расходы по усовершенствованию врачей, по устройству курсов для переподготовки медперсонала, особенно для участкового и по санитарно-просветительным мероприятиям.

б) В лечебную группу учреждений входят 1-я и 2-я больницы в Минске, Институт Физических Методов Лечения, Эвакоприемник, Клиника профболезней, Протезная Мастерская, психбольницы и амбулатории при Исправдомах. По содержанию их испрашивается больше средств по сравнению с 1926-27 годом на 57.195 руб. или 5,5. Увеличение расходов об'ясняется: расширением коек по психучреждениям, организацией клиники профболезней, увеличением измерителей, по которым произведены были исчисления расходов, увеличением количества патронированных больных, увеличением количества протезов, а также увеличением зарплаты.

в) В профилактическую группу учреждений входят все санатории, Тубинститут в Минске, Малярийная Станция в Мозыре, все туб. и вендиспансеры. По сравнению с предыдущим годом испрашиваются средства на 127.633 руб. или 32,43 проц. больше. Увеличение об'ясняется, главным образом, организацией Тубинститута на 50 коек, расширением санатории „Черницы“ на 35 коек, увеличением сумм на строительство, и по причинам, указанным в п. „б“.

г) На содержание Санитарно-Бактериологических и Гигиенических Институтов испрашивается на 13.383 руб. или 17,59 проц. больше прошлого года. Увеличение расходов вызвано организацией Санитарно-Гигиенического Института в Минске и в части производственной.

д) В группу учреждений охраны материнства и младенчества и здоровья детей входят: все фавозные лечебницы, содержащиеся за счет средств госбюджета, дом грудного ребенка в Минске и Центральный Детский Диспансер. Содержание указанных учреждений дает увеличение на 18.403 руб. или 8,08 проц. больше 1926-27 года. Увеличение об'ясняется, главным образом, расширением количества патронированных детей, увеличением зарплаты и измерителей.

е) На содержание санитарных врачей и экспертизы, т. е. судебных экспертов и Центр. Бюро Врачебной Экспертизы отпущено на 2.787 руб. или 0,5 проц. больше по сравнению с предыдущим годом. Увеличение об'ясняется увеличением зарплаты санитарным врачам и ассигнованием средств в большем размере на операционные расходы указанных мероприятий, а именно: раз'ездные, обновление инструментария, консервирование вещественных доказательств, спецодежда и т. д.

ж) В состав научных расходов входят расходы по содержанию стажеров, практикантов во время летней практики и содержание и организация курсов для усовершенствования медперсонала. Расходы отпущены на 2160 руб. в абсолютных цифрах больше предылущего года, но фактически получается большее увеличение расходов в связи с исключением расходов по оплате практикантов во время летней практики.

з) Увеличение территории Белоруссии—с одной стороны и недостаточность ассигнованного фонда на борьбу с эпидемиями в 1926-27 г., в виду непрекращающихся эпидемий, с другой—вызывает необходимость в увеличении эпидемического фонда. Кроме того, на 1927-28 г. отпущен фонд по охматмладу, имеющий целью—дотирование в особенности сельских местностей на мероприятия по охматмладу.

Распределение испрашиваемых средств по группам расходов представляется в следующем виде:

| НАИМЕНОВАНИЕ РАСХОДОВ | Ассигн. по бюджету вместе с Гомелем на 1926-27 г. | Испрашив. на 1927-28 г. | Сумма увеличения | %% увеличения |
|---|---|---|---|---|
| Зарплата и соцстрахование | 861.633 | 1.019.800 | +158.167 | 18,3 |
| %% | 44,33 | 47,17 | | |
| Администр.-хоз. расходы центр. аппарата | 8.828 | 5.670 | — 3.158 | —35,7 |
| Разн. операц. расходы центральн. аппарата | 7.863 | 6.250 | — 1.613 | —20,4 |
| Санитарное просвещение | 2.050 | 2.450 | + 400 | 18,5 |
| Содержание стажеров и практикантов | 25.984 | 26.305 | + 321 | 1,2 |
| Организация и содержание курсов | 8.630 | 8.850 | + 220 | 2,5 |
| Санат.-курортн. помощь крестьянам | 30.500 | 30.500 | — | — |

| НАИМЕНОВАНИЕ РАСХОДОВ | Ассигн. по бюджету вместе с Гомелем на 1926-27 г. | Испрашив. на 1927-28 г. | Сумма увеличения | $^0/_0{}^0/_0$ увеличения |
|---|---|---|---|---|
| Фонды . . . . . | 15.000 | 35.000 | + 20.000 | 130 |
| Хоз. и канцрасх. функц. учр. . | 209.165 | 219.525 | + 10.360 | 4,9 |
| Оборудование белья и инструментар. . . . . . . | 71.213 | 104.260 | + 33 047 | 46,4 |
| Продовольствие больных . . | 310.145 | 352.980 | + 42.835 | 13,8 |
| Медик., перев. и дезсредства . | 94.082 | 110 320 | + 16.238 | 17,2 |
| Строительство . . . | 260.041 | 179.490 | — 80.551 | 30,9 |
| Снабж. протезами . . . | 20.231 | 24.100 | + 3 869 | 19,1 |
| Спецрасходы леч.учреждений . | 16.999 | 37.000 | + 20.001 | 118 |
| Итого . . . | 1.942.414 | 2.162.500 | 556.346 | 27,5 |

Анализ по этим видам расходов дает следующее:

1. Зарплата и соцстрах в общей сумме испрашиваемых кредитов на 1927-28 год составляет 47,17; в то время, как ассигнованная сумма по зарплате на 1926-27 год составляет 44,33 проц. Указанное явление свидетельствует, что на операционные расходы в лечебных учреждениях как в этом, так и в предыдущем году, ассигновано было недостаточно средств, т. к. зарплата в общем бюджете здравоохранения не должна занимать пропорции больше 40-41 проц.

Зарплата по центральному аппарату и по функциональным учреждениям исчислена на утвержденный штатной комиссией штат по ставкам, разработанным комиссией по госнормированию. Фонд зарплаты по сравнению с предыдущим годом увеличен на 18,3 проц. В указанном проценте увеличение зарплаты занимает лишь 5 проц. общего прошлогоднего фонда зарплаты, а остальное увеличение идет за счет расширения коек и увеличения штатов в существующих лечебных учреждениях.

На замену отпускных и на соблюдение прочих трудовых норм, как-то: оплата праздничных, сверхурочных и т. п. испрашивается сумма в 32.259 рублей против 30.100 рублей в предыдущем году.

Ставки увеличены, главным образом, врачам, среднему медперсоналу и санитарам.

2. Уменьшение хозяйственно-операционных расходов по центральному аппарату об'ясняется сокращением административно-хозяйственных расходов НКЗ.

3. На научные командировки по усовершенствованию врачей в центральных городах союза отпущено на пять командировок 4-х месячных и 1 командировка годовая.

4. По санпросвету увеличение испрашиваемых расходов об'ясняется расширением мероприятий по санпросвету по республике, а именно: приобретением большего количества кино-лент, изданием популярной научной литературы, приобретением наглядных пособий и т. д.

5. Увеличение расходов по содержанию стажеров об'ясняется: доведением ставки оплаты в месяц стажеру с 40 до 45 руб., также внесены расходы по оплате практикантов во время летней практики, на что в прошлом году средства не отпускались. Всего отпущено на 20 практикантов и на 40 стажеров.

6. На организацию и содержание курсов испрашивается больше средств, чем в предыдущем году. Это об'ясняется увеличением ставки стипендий врачам, командированным на курсы и внесением расходов на оплату общежитий. Всего предполагается организовать курсы для участковых врачей 3-х месячные на 40 человек.

7. В состав хозяйственно-канцелярских расходов функциональных учреждений входят: канцелярские расходы, наем помещений, освещение, водоснабжение, канализация, топливо, разные хозяйственные расходы, мелкий ремонт, содержание транспорта и почтово-телеграфные расходы.

На канцелярские расходы кредиты испрашивались, исходя из измерителя 2 р. на койку и 1 к. на амбулаторное посещение с прибавлением необходимых сумм на приобретение разных канцелярских и бухгалтерских книг и на выписку газет и научной литературы.

Водоснабжение исчислялось, исходя из нормы 60.100 литров воды на койку в день, а для амбулаторий и диспансеров по 6 литров в день на каждую штатную единицу и 6 литров на каждое амбулаторное и диспансерное посещение.

Освещение исчислялось, исходя из средних норм горения одной лампочки в 6 клв. час. в месяц для больничных учреждений и в 2-3 клв. горения для амбулаторий и диспансеров.

На расходы по топливу кредиты испрашивались, исходя из нормы 9,71 куб. метра (1 кб. саж.) на голландскую печь, с прибавлением необходимого количества топлива на варку пищи, стирку белья, нагревание воды для ванн и для кубов. По сравнению с прошлым годом количественная норма топлива увеличена на 10 проц., т. к. произведенная урезка норм в предыдущем бюджетном году по топливу на 10% поставила лечебные учреждения в затруднительное положение, и для удовлетворения потребностей в топливе последним пришлось прибегнуть к кредиту, благодаря чему у них образовалась задолженность. Цены на топливо взяты существующие по данной местности на 1 июня и, по сравнению с прошлым годом, цены увеличены на 20 проц. Всеми этими обстоятельствами об'ясняется увеличение расходов по топливу, которое занимает в общей сумме канцелярских и хозяйственных расходов лечебных учреждений 40 проц.

В состав разных хозяйственных расходов включены расходы: по стирке белья, содержанию помещения в чистоте, содержанию больных в чистоте, погребению умерших, ремонт инвентаря, починка белья, набивка ледника и страхование имущества. На указанные расходы кредиты отпускались, исходя из измерителя 15 руб. на койку, против 11-12 руб. в прошлом году для коечных учреждений и по 25 руб. на штатную единицу для учреждений амбулаторного и диспансерного типа.

На мелкий ремонт средства испрашиваются, исходя из нормы 50 коп. на каждый квадратный метр площади пола против 25 коп. в предыдущем году.

8. На оборудование кредиты исчислялись, исходя из измерителя 10 руб. на койку против 7 р. 50 к. в прошлом году для существующих коек и 40 руб. для вновь расширяемых и организовываемых. Для учреждений амбулаторного типа кредиты исчислялись, исходя из фактической потребности.

На белье и спецодежду средства испрашивались, исходя из измерителя для существующих коек от 15 до 20 руб. против 10—15 р. в прошлом году и для вновь организуемых по 35 руб. на койку. Для учреждений амбулаторного типа, исходя из нуждаемости их в белье.

9. Питание больных. На питание больных испрашиваются средства по примеру прошлого года, а именно:

| | | |
|---|---|---|
| Общая койка . . | 35 к. койко-день, | 127 р. 75 к. койко-год. |
| Слабая норма . . | 40 „ „ | 146 „ |
| Туберкулезная . . | 75 „ „ | 273 р. 75 к. „ |
| По детским свыше 3-х лет . . . | 40 – 35 „ „ | |
| До 3-х лет . . . . | 25 „ „ | |

Также по примеру прошлого года внесены необходимые средства на питание дежурного персонала.

10. На медикаменты расходы исчислены, исходя из измерителей:

120 рецепт. в год для терапевт. и туберк. койки;
50 „ „ „ психиатрической койки;
60 „ „ „ фавозной койки;
1/2 „ „ „ амбулаторн. посещения;
1/3 „ „ „ диспанс. и для амбул. в исправдомах.

Для хирургической койки по прошлогоднему измерителю—86 руб. койко-год.

По венерологическому диспансеру прибавлены необходимые суммы на неосальварсан и по тубдиспансерам – на приобретение туберкулина.

11. В состав специальных расходов учреждений входят: патронирование детей, психбольных, содержание и приобретение опытных животных. Увеличение расходов по сравнению с прошлым годом об'ясняется: расширением патроната как психбольных и детей с доведением для психбольных до 20 против 10 в прошлом году и для детей до 50 против 30 в прошлом году, а также организацией Санитарно-Гигиенического Института Социальной Гигиены.

Следует также отметить, что введенный в прошлом году патронат для психбольных и грудных детей себя оправдал и постепенно прививается среди населения; это дало уже возможность расширить патронат грудных детей, сократить количество коек по дому грудного ребенка на 15.

12. Для снабжения инвалидов войны протезами испрашиваются средства на изготовление 500 крупных производственных единиц против 400, отпущенных в предыдущем году. Это увеличение вызвано присоединением к Белоруссии территории быв. Гомельской губернии. Стоимость протеза исчислена в 70 рублей.

13. Лечебные учреждения, не ремонтированные в течение продолжительного времени империалистической и гражданской войны, нуждаются в капитальных восстановлениях. Средства на капитальные ремонты и новое строительство начали отпускать с 1925-26 года в далеко недостаточном размере и это дало возможность производства лишь частичного ремонта во 2-й больнице 1-й больнице и Могилевской Псих. лечебнице.

На 1927-28 г. Наркомздраву отпущены средства по новому строительству: на закладку корпуса в 250 коек при Могилевской Психбольнице, на продолжение постройки при костно-туберкулезной сана-

тории „Черницы“, на закладку здания для амбулатории и водолечебницы при Нервной Клинике, 25.000 рублей на постройку кухни при колонии „Новинки“ и окончания строющегося там барака 7.000 руб. на постройку санатории для нервных больных. Всего на новое строительство испрашивается 124.000 рублей.

На капитальный ремонт отпущено для 2-й больницы в Минске, для Могилевской и Витебской психбольниц и для Тубинститута.

Всего на капитальные ремонты по всем учреждениям госбюджета отпущено 55.000 р., а всего на строительство—179.000 руб., против 260.041 р., ассигнованных в предыдущем году.

Снижение расходов по сравнению с прошлым годом об'ясняется тем, что в прошлогоднюю сумму была включена задолженность по строительству медико-санитарных учреждений за прошлые годы.

Следует отметить также увеличение измерителей для 2-й сов. б-цы в Минске, принимая во внимание, что она ни от кого не получает дотации.

Всего на 1926-27 год на нужды здравоохранения по обоим бюджетам отпущены были средства:

| | | 1927-28 г. |
|---|---|---|
| По госбюджету . . . . . . | 1.942.414 руб. | 2.162.500 |
| По местн. бюджету . . . . . . | 5.405.000 „ | 5.805.000 |
| Всего . . . . . | 7.347.414 руб. | 7.967.500 |

Исчисляя на душу населения, получаем, что 1926-27 г. государственный бюджет тратил 39 к., а в 1927-28 году предполагается затратить 44 коп.

Средняя стоимость койки в год по отдельным видам помощи без капитального ремонта выразится в следующей сумме:

| | 1926-27 г. | 1927-28 г. | Увелич. | % |
|---|---|---|---|---|
| 1-я больница . . . | 680 | 720 | 40 | 5,88 |
| 2-я больница . . . | 770 | 825 | 55 | 7,14 |
| Психбольница . . . | 450 | 485 | 35 | 7.78 |
| Санатория „Черницы“ . . | 630 | 642 | 12 | 1.19 |
| Санат. „Кр. Октябрь“ . . | 637 | 680 | 43 | 6,75 |
| Детская клиника . . . | 600 | 665 | 65 | 10.9 |
| Дом Грудн. Ребенка . . | 700 | 775 | 75 | 10.71 |
| Фавозная койка . . . | 326 | 354 | 28 | 8.60 |
| Одно посещение: | | | | |
| Вендиспансера . . . | 40 к. | 40 к. | — | — |
| Туберкулезн. . . . . | 68 „ | 69 „ | 1 к. | 1,5 |

Таким образом по сравнению с прошлым годом рост отпущенных расходов по здравоохранению по госбюджету составляет 220.086 руб. или 11,43— и все отпущенные суммы на увеличение связаны, главным образом, с улучшением и углублением работы медико-санитарных учреждений.

# Об эпидемическом цереброспинальном менингите в Белоруссии в 1926-27 году и результатах обследования эпидемии менингита в Крупском районе (бактериология, эпидемиология, серотерапия).

*(Из Белорусского Госуд. Сан.-Бактер. Ин-та и кафедры Микробиологии Б. Г. У.—Директор Ин-та и завед. кафедрой профессор Б. Я. Эльберт).*

**И. А. Сутин.**

Эпидемический менингит в России впервые был отмечен в 1863 году, когда он наблюдался в виде небольшой эпидемии в Калужской губернии. После этого наблюдались отдельные случаи заболеваний на Кавказе, в Москве, б. Петербурге, б. Царстве Польском, Симферополе и некоторых других городах.

Более сильное распространение болезнь получила после 1905 г., когда она была занесена в Россию из Силезии, где наблюдалась большая эпидемия в 9000 заболеваний на протяжении 3-х лет. (1905-08 г.).

В настоящее время мы имеем повсеместное по всему Союзу распространение эпидемического менингита, дающего постоянно в течение всего года спорадические заболевания, утвердившегося таким образом в качестве эндемической инфекции в большинстве мест Союза ССР. Цифры абсолютной и относительной заболеваемости эпидемическим менингитом в нашем Союзе весьма высокие и значительно превосходят цифры заболеваемости в странах Западной Европы и Америки. Так, напр. в РСФСР в 1925-ом году наблюдалось 3463 случая заболевания, в то время, как в Англии было всего 397 заболеваний, в Германии—742, в Польше—396.

Белоруссия, среди других местностей Союза, по количеству заболеваний эпидемическим менингитом занимает 1-ое место, далеко опередив в этом отношении другие республики Союза. Если для РСФСР мы имеем в 1925-ом году 3463 заболевания или 0,4 заб. на 10000 чел., для Украины в том же году 822 забол. или 0,3 заб. на 10000 чел., то для Белоруссии мы соответственно имели 324 заболевания или 0,8 на 10000 чел., т. е. в 2 с лишним раза больше, чем в других местах Союза. Последние 3 года, будучи отмечены во всем Союзе ростом детских инфекций: скарлатины, дифтерии и др. дают и в отношении эпидемического менингита значительное увеличение числа заболеваний.

В РСФСР наблюдалось:

| | | |
|---|---|---|
| | в 1924 г.—2431 заболев.; | в 1925 г.—3463 заболев. |
| В УССР | „ „ 569 „ | „ „—822 „ |
| В БССР | „ „ 283 „ | „ „—324 „ |

„ в 1926 г.—496 заболеваний, а за первые 3 месяца 1927 г. 313 заболеваний, т. е. чрезвычайно значительное увеличение числа

заболеваний. Некоторой иллюстрацией роста количества заболеваний эпидемическим менингитом в Белоруссии могут явиться цифры больных, находившихся на излечении в Минской детской клинике в течение последних 3-х лет: в 1924 году—2, в 1925—14, а в 1926—84 больных.

Переходя к вопросу о распределении эпидемического менингита по отдельным округам Белоруссии, мы должны отметить, что эпидемическим менингитом в Белоруссии в 1926 году поражены были в неодинаковй степени все округа, из них в большей степени Бобруйский и Минский, что видно из нижеследующей таблицы:

| Название округа | Год | Число заболеваний |
|---|---|---|
| Бобруйский окр. . | 1926 г. | 99 |
| Борисовский „ . | „ „ | 32 |
| Витебский „ . | „ „ | 13 |
| Калининский „ . | „ „ | 46 |
| Минский „ . | „ „ | 138 |
| Могилевский „ . | „ „ | 57 |
| Мозырский „ . | „ „ | 24 |
| Оршанский „ . | „ „ | 28 |
| Полоцкий „ . | „ „ | 25 |
| Слуцкий „ . | „ „ | 34 |

Борисовский округ, как видно из таблицы, не является округом особенно пораженным, и цифра в 32 заболевания на весь округ в течение целого года составлена из единичных спорадических случаев, наблюдавшихся в прошлом году в разных районах Борисовского округа. Поэтому, особенно значительной является эпидемия цереброспинального менингита, имевшая место в зиму 1926 и весну 1927 года в Крупском районе, давшая в течение короткого времени (4-х месяцев) свыше 80 заболеваний. Начавшаяся в январе эпидемия быстро достигла максимума в марте месяце, после чего пошла на убыль и прекратилась во второй половине мая. К описанию этой эпидемии мы сейчас и перейдем.

---

В первых числах января 1927 года в местечке Крупки, почти одновременно в трех семьях, не живущих рядом и не имеющих особенно близкого контакта появилось 3 случая заболеваний эпидемическим менингитом. Первый случай относился к ребенку портного Д., второй к ребенку рабочего гончарного завода К., третий к ребенку жителя местечка Х. Все 3 случая были диагностированы, как менингит и больные направлены: первые 2 в г. Минск в детскую клинику, третий в гор. Борисов. В течение января после этого в местечке Крупки больше случаев менингита не наблюдалось.

В амбулаторию же за это время обратился целый ряд больных из соседних деревень. В январе месяце обратились больные из деревень: Радица, Малая Слободка и Панское по одному больному, и в начале февраля четверо больных из деревень: Нача, Новохрост, Красновка и Острово.

В виду отсутствия точного бактериологического диагноза заболеваний по предложению директора Института проф. Б. Я. Эльберта и просьбе завед. Крупской б-цы д-ра Шевеко, я выехал в пораженный район для изучения характера эпидемии, захватив с собою небольшую походную лабораторию. В местечко Крупки я прибыл 5-II—27 г.

К моменту прибытия моего в Крупки, в больнице не оказалось ни одного больного; двое умерли, а другие были забраны родителями после амбулаторного приема. Единственный больной был ребенок рабочего гончарного зарода К. Н. 6-ти лет, вернувшийся из г. Минска, после некоторого пребывания в клинике. Ребенку 5-II была сделана люмбальная пункция. При бактериоскопическом исследовании были обнаружены грам-отрицательные диплококки; сыворотка больного дала положительную реакцию агглютинации в разведении 1:100.

Не имея больных на месте для исследования, мы предприняли выезд в одну из деревень, где по сведениям врача соседнего участка, имелись больные менингитом. Деревня эта—Выдрица, представляет собою большое село, расположенное в 16-ти верстах от м-ка Крупки. Здесь оказался значительный очаг менингита, который, быть может, сыграл большую роль в дальнейшем распространении всей эпидемии поэтому на описании, как тех случаев менингита, которые там были, так и условий распространения менингита в этой деревне, интересно остановиться более подробно.

К моменту нашего обследования, т. е. 7-II 1927 г. в селе имелось четверо больных и один выздоравливающий. Накануне двое других детей умерло от менингита. В общем картина движения заболеваний представлялась в следующем виде:

1. 1-II 1927 г. заболел Синяк К. 1-го года (выздоравливал).
2. 1-II 1927 „ „ Синяк А. 13-ти лет (сестра).
3. 3-II 1927 „ „ Синяк Ст. 3½ года (брат) умер 6-II.
4. 3-II 1927 „ „ Шутько В. 4 лет (сосед).
5. 3-II 1927 „ „ Шинкевич Н. 3 лет (умер 6-II).
6. 6-II 1927 „ „ Шинкевич М. 5 лет (брат).
7. 3-II 1927 „ „ Лучина М. 5 лет (из дер. Б. Городня, в ½ версте от с. Выдрица).

Результаты бактериологического и серологического исследования показали, что мы имеем с несомненностью дело с эпидемическим менингитом. У больного Шутько В. была выделена из спинно-мозговой жидкости чистая культура менингококка; у больного Лучины М. в жидкости обнаружены грам отрицательные диплококки, а сыворотка дала положительную реакцию агглютинации в разведении 1:50 и положительную реакцию связывания комплемента в дозе сыворотки 0,2 и 0,1.

У больной Синяк А., у которой не удалось получить при поясничном проколе спинно-мозговой жидкости, сыворотка дала положительную реакцию агглютинации в разведении 1:200 и положительную реакцию связывания комплемента в дозах сыворотки 0,2 и 0,1.

Таким образом, характер эпидемии уже не подлежал сомнению и нами было приступлено к изучению особенностей данной эпидемии.

Как известно, одним из благоприятствующих моментов в развитии эпидемии менингита являются неблагоприятные жилищные условия (скученность населения, плохо проветриваемые помещения и т. д.). Некоторые из этих факторов были особенно резко выражены в Выдрице.

При обследовании изб, где были больные дети, а также ряда других изб, нас поразила невероятная скученность населения этих домов. Нередко в одной комнате ютилось по 15-20 человек (иногда рядом с больными) цифра весьма редкая даже для деревень Белоруссии. Причина заключалась в том, что по соседству с с. Выдрица, был расположен участок лесоразработок, привлекший большое число крестьян из окрестных и дальних деревень. Крестьяне эти разместились большей частью в Выдрице и прилегающих деревнях. Таким образом, в этой местности создались особенно благоприятные условия, как для распространения эпидемии в Выдрице, так и для занесения инфекции в целый ряд других деревень.

В общем, весь ход эпидемии менингита к моменту нашего первого обследования представлялся в следующем виде:

*Таблица № 2.*

| НАЗВАНИЕ МЕСТНОСТИ | Время заболевания | Фамилия больного и возраст | Исход заболевания |
|---|---|---|---|
| 1. Местечко Крупки . . | Начало января 1927 г. | К. Н. 6 лет | |
| 2. „ „ . . | „ | Д. 2 „ | |
| 3. „ „ . . | „ | Х. 2 „ | |
| 4. Село Радица . . . | 6-I 1927 г. | О. В. 9 месяцев | Умер 10-I 1927 г. |
| 5. Дер. Малые Слободки . | 18-I 1927 „ | Ш. П. 2 года | |
| 6. Село Панское . . . | 27-I 1927 „ | Х. А. 4 „ | |
| 7. Дер. Новохрост . . | 1-II 1927 г. | Н. М. 1 год 6 м. | |
| 8. Село Выдрица . . . | 1-II 1927 „ | С. К. 1 „ | |
| 9. „ „ . . . | „ „ „ | С. А. 13 лет | |
| 10. „ Острово . . . | 2-II 1927 „ | С. С. 5 „ | Умер 3-II 1927 г. |
| 11. Дер. Нача . . . | 2-II 1927 „ | Ш. В. 3 года | |
| 12. Село Выдрица . . . | 3-II 1927 „ | С. С. 3½ „ | Умер 7-II 1927 г. |
| 13. „ „ . . . | „ „ „ | Ш. В. 4 „ | |
| 14. „ „ . . . | „ „ „ | Ш. Н. 3 „ | |
| 15. Дер. Б. Городня . . | „ „ „ | Л. М. 5 лет | Умер 6-II 1927 г. |
| 16. „ Красновка . . | 5-II 1927 „ | К. В. 7 „ | |
| 17. Село Выдрица . . . | 6-II 1927 „ | Ш. М. 5 „ | |

Всего в общем 17 случаев менингита.

В течение февраля и марта месяца эпидемия продолжала нарастать, так что к концу марта, когда было произведено вторичное обследование пораженного района, было зарегистрировано уже 75 случаев менингита. В апреле эпидемия начала затихать, дав в мае месяце только единичные заболевания. Со второй половины мая месяца новых случаев менингита больше не наблюдалось.

Переходя к анализу причин, которые могли вызвать столь значительную вспышку и распространение эпидемии в Крупском районе,

нужно сказать, что причины эти, как и самый характер распространения эпидемии и точный путь, проделанный эпидемией, является задачей, весьма трудной для выяснения. Возникновение всякой эпидемии обусловливается наличием особых причин, изучить которые является делом довольно трудным, ибо требуется учесть целый ряд условий: изменение вирулентности микробов, восприимчивости населения, условия, благоприятствующие распространению, жилищные условия и т. д.

Чрезвычайно характерным в данном случае были следующие моменты:

1)—время возникновения эпидемии. Цифры движения по месяцам эпидемического менингита в РСФСР в 1925 году были следующие:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Январь | 414 б. | Июль | 407 б. |
| Февраль | 649 „ | Август | 389 „ |
| Март | 629 „ | Сентябрь | 256 „ |
| Апрель | 627 „ | Октябрь | 305 „ |
| Май | 636 „ | Ноябрь | 276 „ |
| Июнь | 516 „ | Декабрь | 419 „ |

По Белоруссии мы имели в 1926 году:

| | | | |
|---|---|---|---|
| в январе | 21 заб. | в июле | 45 заб. |
| „ феврале | 85 „ | „ августе | 24 „ |
| „ марте | 73 „ | „ сентябре | 16 „ |
| „ апреле | 61 „ | „ октябре | 21 „ |
| „ мае | 53 „ | „ ноябре | 30 „ |
| „ июне | 38 „ | „ декабре | 29 „ |

Как видно из этих двух таблиц, движение больных по месяцам подчиняется известной закономерности, так что максимум заболеваний падает обычно на весенние месяцы.

Особенно характерными в этом отношении являются данные о движении заболеваний в эпидемию менингита в Силезии в 1905—8 году. Так, в 1905 году из общего числа 3764 больных, в апреле заболело 1010 чел., в марте 759 и 776 чел. в мае. В июле, августе и сентябре менингит наблюдался лишь редко. В течение 3-х лет этой эпидемии, правильно чередовалась заболеваемость (с максимумом в апреле).

Весенняя вспышка об'ясняется большинством авторов появлением благоприятствующего момента—частой простуды верхних дыхательных путей, некоторые же склонны об'яснять увеличение заболеваемости весной изменением вирулентности возбудителя. Нам кажется, что усиление вирулентности возбудителя в первую очередь должно было привести к появлению более тяжелых случаев заболеваний, но оно мало об'ясняет причину увеличения числа заболеваний. Тут вернее было бы считать, что мы имеем дело с накоплением вируса в данной среде до той его концентрации, которая приводит к вспышке эпидемии, до повышения „эпидемического потенциала“ по выражению Topley. Что причина, повидимому, действительно кроется в этом явлении, за это говорят данные, которыми оперирует современная экспериментальная эпидемиология. В опытах Pritschett, затем Webster и Amoss мы имеем подтверждение того, как можно, варьируя количество вируса, регулировать эпидемию. Первый момент во всяком случае был на лицо; как раз в Крупском районе непосредственно перед менингитом наблюдались массовые заболевания гриппом, и среди больных менингитом неоднократно устанавливался в анамнезе недавно перенесенный грипп. Неблагоприятные жилищные условия и вообще неудовлетворительное благосостояние населения, являющиеся, повидимому, одной

из причин высокого эндемического индекса Белоруссии, безусловно способствовали значительной вспышке и широкому распространению эпидемии. Особо нужно подчеркнуть те условия, развитие эпидемии, которые были нами описаны в селе Выдрице. Чрезвычайно трудным является попытка проследить путь, пройденный эпидемией, или что то же самое проследить передачу инфекции от одного случая к другому. Как известно, благодаря малой стойкости менингококка по отношению к агентам внешней среды, мы должны считать единственным способом передачи инфекции непосредственный контакт от человека человеку. Но в то время, как при большинстве контактных эпидемий удается довольно легко проследить связь между отдельными заболеваниями, при менингите часто заболевают лица, на первый взгляд не имеющие ничего общего между собою. Цепь заболеваний нарушается тем, что в нее вплетаются в большом количестве бациллоносители, которые при менингите играют особенно большую роль в распространении эпидемии. Случаи непосредственной передачи заболеваний от одного больного другому нужно считать довольно редкими. Такие небольшие эпидемии наблюдались среди новобранцев в Германии, среди углекопов в шахтах Рурского бассейна. Таким непосредственным контактом можно об'яснить „семейные" эпидемии, как в нашем случае это наблюдалось в селе Выдрице. Говоря о бациллоносителях, мы должны указать, что при всякой эпидемии менингита, больного окружает большое число здоровых бациллоносителей или лиц, страдающих легкими фарингитами, часто специфического менингококкового происхождения.

По Lingelsheim'у, на 1 больного менингитом приходится 2-3-4 бациллоносителя Ostermann'у удалось у 24-х лиц, окружавших больного, у 17, т. е. 74 проц., обнаружить менингококки в носоглотке. Bochalli исследовал 16 товарищей по комнате заболевшего солдата и у 10, т. е. у 62,5 проц. нашел менингококки. Bruns и Hohn при исследовании 330 родителей заболевших детей, нашли у 162 менингококки. Цифры эти могут варьировать в зависимости от большего или меньшего контакта исследуемых лиц с больными, и, наконец, они увеличиваются или уменьшаются в зависимости от времени эпидемии. В разгаре эпидемии носителей больше, в конце—меньше.

При исследовании слизи носоглотки 24-х лиц, из числа родных, бывших при больных и медицинского персонала больницы нам удалось у 4-х лиц обнаружить менингококки (т. е. у 16 проц.).

Весьма характерным примером контактной эпидемии менингита является эпидемия, наблюдавшаяся в Мерсе (Германия) в 1905-6 году. При тщательном изучении пути передачи инфекции обнаружилась огромная роль, которую сыграли в развитии эпидемии родители заболевших детей. В контакте между собою были только родители больных детей, но не самые больные.

Родители все работали на одной шахте, из врослых рабочих никто не заболел, но будучи носителями они передавали инфекцию другим здоровым, которые уже заражали своих детей. При том тесном общении, какое между собою имеют жители деревни, можно себе легко представить причины быстрого распространения эпидемии, какое имело место в Крупском районе.

Всего к концу нашего обследования в Крупском районе было 75 заболеваний. По отдельным селениям и сельсоветам больные распределялись следующим образом:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Крупский с.-с. | м-ко | Крупки | 5 чел. | Всего 15 б. |
| „ „ | дер. | Маслянка | 1 „ | |
| „ „ | „ | Маласаи | 1 „ | |
| „ „ | „ | Новохрост | 5 „ | |
| „ „ | „ | Слобода | 1 „ | |
| „ „ | „ | Куты | 1 „ | |
| „ „ | „ | Боровые | 1 „ | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Выдрицкий с.-с. село Выдрица | 8 чел. | Всего 14 чел. |
| „ „ дер. Словча | 3 „ | |
| „ „ „ Б.-Городня | 3 „ | |
| Игрушецкий с.-с. село Игрушки | 9 чел. | Всего 13 чел. |
| „ „ дер. Красновка | 1 „ | |
| „ „ „ Осиновка | 1 „ | |
| „ „ „ Комаровка | 1 „ | |
| „ „ „ Ливаново | 1 „ | |
| М.-Жаберичский с.-с. дер. Острово | 3 чел. | Всего 11 чел. |
| „ „ „ Радица | 4 „ | |
| „ „ „ Крыстоповщина | 2 „ | |
| „ „ „ Лошанцы | 1 „ | |
| „ „ „ Клен | 1 „ | |
| Шейский с.-с. село Шейки | 5 чел. | Всего 10 чел. |
| „ „ дер. Стаи | 1 „ | |
| „ „ „ Братки | 2 „ | |
| „ „ село Панское | 2 „ | |
| Бобрский с.-с. м-ко Бобр | 5 чел. | Всего 6 чел. |
| „ „ дер. Плисса | 1 „ | |
| Начский с.-с. село Нача | 3 чел. | Всего 4 чел. |
| „ „ дер. Колпыница | 1 „ | |
| Соколовичский с.-с. дер. Могулище | 1 чел. | Всего 2 чел. |
| „ „ „ Жовяк | 1 „ | |

При изучении карты распространения менингита по отдельным сельсоветам сразу бросается в глаза концентрация больных в большей своей части в местностях, примыкающих или непосредственно граничащих с центром района м-ком Крупки. Наиболее отдаленные от Крупок сельсоветы, как Шинковский, Ухвальский и Старо-Слободский не дали в эту эпидемию ни одного заболевания.

По возрастному составу больные распределяются следующим образом:

до 1-го года— 9 чел. или 12%.

от 1—10 лет—50 чел. „ 66 „

„ 10—15 лет —10 „ „ 13,8 „

свыше 15 лет — 6 „ „ 8,2% или всего на детский возраст, т. е. до 15-ти лет—приходится 91 проц. всех заболеваний.

Цифры возрастного состава в общем не отличаются резко от обычных цифр, характерных для эпидемического менингита. Обычная цифра, средняя для менингита 85 проц., правда, несколько меньше нашей.

По национальному составу громадное большинство больных составляли белоруссы, жители деревень.

Течение заболеваний было большей частью тяжелое. Наблюдалось, особенно в первое время, несколько случаев молниеносного менингита. Смертность была вначале чрезвычайно высокая, ибо больные не лечились вовсе, и только благодаря принятым энергичным мерам, большая часть больных была госпитализирована и подверглась лечению.

Работа наша по изучению эпидемии дополнялась лабораторными бактериологическими и серологическими исследованиями, которые мы производили, как у больных на дому, так главным образом у больных, находившихся на излечении в Крупской районной больнице.

А. Бактериологические исследования заключались в исследовании спинно-мозговой жидкости, слизи из носоглотки родственников больных и медперсонала на бациллоношение и посевов крови на присутствие в них менингокка. У госпитализированных больных спинно-мозговая жидкость исследовалась систематически после каждой пункции и контролировалась на стерильность перед выпиской б-ого из больницы. Всего было произведено 42 исследования сп.-мозговой жидкости. Выделенные у больных штаммы менингококка были в дальнейшем подвергнуты специальному изучению для установления их точного биологического и серологического характера и включены в состав штаммов, коими производится иммунизация лошадей для получения антименингококковой сыворотки. На бациллоношение было произведено 24 исследования, у 4-х с положительным результатом.

Посевы крови были произведены (в асцит—бульон) у 4-х б-ых поступивших в больницу с неясными клиническими симптомами, при довольно тяжелом общем состоянии. На возможность обнаружения менингококков в крови указывает ряд авторов, которые считают процесс в мозговых оболочках вторичного происхождения, рассматривая таким образом весь процесс при менингите, как инфекцию крови с последующими метастазами в спинно-мозговых оболочках (Oluf Thomsen u Ferd. Wulff) Эти авторы обнаруживали менингококки в крови и в петехиях кожи, наблюдавшихся часто при менингите, при отсутствии изменений в спинно-мозговой жидкости. В наших 4-х исследованиях мы не обнаружили роста менингококка. Как впоследствии оказалось 2-ое больных оказались больны другими болезнями, у остальных 2-х были выделены менингококки из спинно-мозговой жидкости.

Б. Серологические исследования. В работе нашей совместно с д-ром А. И. Гуревич „Диагностика эпидемического менингита при помощи реакции иммунитета" (напечатана в „Записках Белор. Сан.-Бактериологич. Ин-та" т. I 1926 г.) мы уже указывали на чрезвычайно ценные данные, которые дает нам метод серодиагностики при менингите, особенно на его эпидемиологическое значение. Возможность ранней диагностики менингита при помощи реакции иммунитета, или диагностики тех случаев, которые протекают нетипично, без особых изменений в спинно-мозговой жидкости, является большим подспорьем, если подчас не единственным моментом для правильного определения характера заболевания. Такие наблюдения в последнее время произвел Ol. Thomsen во время небольшой тяжелой эпидемии, имевшей место среди моряков военного корабля „Fyem" в 1917-ом году. Эпидемия протекала совсем нетипично, спинно-мозговая жидкость у всех больных оказалась стерильной и не содержала увеличенного количества клеточных элементов. Кровь 11-ти больных дала резкую положительную реакцию связывания комплемента, а у 6-ти положительную реакцию агглютинации в разведении сыворотки от 1:25 до 1:100.

Материал, приведенный нами в свое время, обнимал 21 исследование на реакцию агглютинации, 6—на реакцию связывания комплемента и 11 на реакцию преципитации. Первые две реакции дали полное совпадение результатов и соответствие клиническому диагнозу заболевания.

При изучении реакций иммунитета у больных во время эпидемии в Крупках, мы смогли при помощи этих реакций поставить раннюю диагностику в одних случаях, в других установить характер заболевания вообще (ибо отсутствовали другие возможности точной диагностики) или установить наличие бывшего заболевания, что имело, конечно, эпидемиологическое значение. Всего нами было произведено 14 исследований на реакцию агглютинации и 10 исследований на

реакцию связывании комплемента. Результаты приведены в нижеследующей таблице:

| Фамилия больного | Исследование сп.-мозговой жидкости | Реакция агглютинации | Реакция связывания комплемента |
|---|---|---|---|
| 1. Кручок . . | Выделена чистая культура менингококка | + + + 1 : 200 | + + + + в дозе сыв. 0,2 и 0,1 |
| 2. Кравченко. . | „ | + + + 1 : 100 | + + + + в дозе сывор. 0,2 и 0,1 |
| 3. Шутько . . | „ | + + + 1 : 50 | Не ставилась |
| 4. Синяк А. *) . | Жидкость при пункции не получена (7-ой день) | + + + 1 : 200 | + + + + в дозах 0,2 и 0,1 |
| 5. Лучина М. . | Культура менингококка не выделена | + + + 1 : 50 | „ |
| 6. Бачище . . | „ | + + + 1 : 200 | Не ставилась |
| 7. Драница . . | „ | + + + 1 : 200 | + + + + в дозах 0,2 и 0,1 |
| 8. Бундель . . | Выделена культура менингококка | + + + 1 : 200 | „ |
| 9. Макаревич. . | „ | + + + 1 : 100 | „ |
| 10. Пинчуков . . | „ | + + + 1 : 100 | „ |
| 11. Морозова . . | „ | + + + 1 : 100 | „ |
| 12. Мулев . . | Культура менингококка не выделена | + + + 1 : 200 | Не ставилась |
| 13. Шебеко . . | „ | + + + 1 : 200 | + + + + в дозах 0,2 и 0,1 |
| 14. Моисеев . . | „ | + + + 1 : 100 | Не ставилось |

Сывороточное лечение. По просьбе завед. больницей д-ра Шевеко, а затем д-ра Слепяна А. Б. крупской больнице была отпущена в достаточном количестве антименингококковая сыворотка, так что мы могли отметить некоторые результаты ее применения.

Вопрос о серотерапии менингита имеет больше, чем двадцатилетнюю давность, но несмотря на столь продолжительный срок, до настоящего времени в оценке результатов нет еще достаточного единодушия. Однако статистические материалы безусловно говорят в пользу сывороточного лечения.

Так, Dopter исчисляет смертность в досывороточный период в 60-80 проц., а у грудных детей до 100 проц., в то время, как после

*) На 17-ый день заболевания только больная было привезена в больницу для лечения. Больная подвергнута была систематическому сывороточному лечению и выписалась здоровой.

введения сыворотки, смертность упала до 15,8 проц. Netter при систематическом применении сыворотки получил цифру смертности— 14,9 проц. В Вене смертность после применения сыворотки понизилась с 80—85 проц. до 29-45 проц. В Германии, по данным Lewy, смертность упала с 78 проц. до 18 проц. Feexner в 1913-м году опубликовал результаты лечения 1294-х случаев: смертность равнялась 30 проц. Arnold и Schöne при применении сыворотки Jochman'а добились снижения смертности с 53 проц. до 27 проц.

Обычно сыворотка оказывает значительное влияние и на течение процесса, выражающееся в том, что после введения сыворотки наблюдаются: падение температуры, улучшение целого ряда симптомов заболевания, как ригидность и т. д. некоторое действие оказывает сыворотка и на последствия болезни, способствуя значительному уменьшению числа осложнений. Достижение более или менее благоприятных результатов возможно, однако, при соблюдении некоторых условий, из которых наиболее важным являются:

1) исключительно интра-люмбальное применение сыворотки,
2) возможно раннее введение сыворотки (в первые дни заболевания),
3) систематическое и в больших дозах применение сыворотки,
4) методика изготовления сыворотки.

Касаясь последних 3-х пунктов нужно сказать следующее. Как и в практике сывороточного лечения дифтерии, эффект всегда тем более благоприятный, чем раньше была введена сыворотка. Netter и Debre получили 5 проц. смертности в случаях применения сыворотки в 1-й день заболевания и 33 проц., в случаях применения на 4-7-й день. Такое же значение имеет систематическое введение сыворотки. По единодушному мнению большинства авторов, сыворотка дает хороший эффект в случаях применения больших доз 10-20 куб. см. для маленьких детей, 20-40 куб см. для более взрослых ежедневно, а в тяжелых случаях 2 раза в день.

Наконец, метод изготовления сыворотки, основанный на изучении биологических особенностей возбудителя при данной эпидемии или вообще в данной местности, играет большую роль при оценке действия сыворотки. Этим, может быть, можно об'яснить, неодинаковость результатов, полученных разными авторам при применении антименингококковой сыворотки.

Сыворотка, изготовленная Белорусским Сан-Бактериологическим Ин-том получена от лошадей, иммунизированных рядом штаммов, выделенных втечение 1926-27-го года в г. Минске и Крупском районе.

Сыворотка применялась в виде интра-люмбальных пункций в дозе 10-15 к. с. ежедневно или через день. Количество пункций и введений сыворотки у одного больного колебалось от 1-12 раз. При применении сыворотки в течение заболевания можно было наблюдать: падение температуры, часто на 1-2 градуса, уменьшение ригидности и общее улучшение самочувствия. Переходя к вопросу о результатах лечения, нужно указать, что больничная обстановка не давала возможности тщательно проверять материал и производить вполне точные клинические наблюдения, отсюда и выводы могут быть не совсем правильно сделаны. Один большой дефект, весьма существенный, к сожалению, не мог быть нами восполнен. Это отсутствие отметки, на какой день заболевания больной поступил в больницу. Нужно считать, что большинство больных поступило в больницу не в первые дни заболевания, и потому результаты от применения сыворотки являются весьма удовлетворительными.

Всего подверглось госпитализации—50 ч.

Из них:

1) вполне выздоровело . . 24 ч. или 48%
2) получило значительное улучшение (но были взяты из больницы родителями, не закончив лечения) . . . . . 11 ч. или 22%
3) не получило улучшения . . 9 „ „ 18%
4) смертных случаев . . . 6 „ „ 12%

В число этих смертных случаев вошли:

4 случая молниеносного менингита
1 случай, осложненный дифтерией
1 случай леченный (ребенок 9 месяцев)

Не останавливаясь подробно на отдельных историях болезни, мне все же хотелось бы привести несколько историй болезни, более или менее типичных и для всех остальных.

Случай I. Больная Лускина Х. А.—1 год 7 месяцев, жительница м-ка Крупки, заболела 16-III—27 г. внезапно, жар, рвота, головная боль, на завтра ригидность затылка, Kernig.

17-III—поступила в больницу с t°—39,1; при пункции: под большим давлением вытекала мутная жидкость; введена сыворотка.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 18-III— | t° у. 37,6 | в. 38,1 | |
| 19-III— | “ „ 37,3 | „ 39,5 | пункция- сыворотка |
| 20-III— | „ „ 36,5 | „ 38,4 | |
| 21-III— | „ „ 36,3 | „ 36,7 | |
| 22-III— | „ „ 36,7 | „ 36,6 | |
| 23-III— | „ „ 36,6 | „ 36,7 | проходят явления ригидности, ребенок садится и ест. |
| 24-III— | „ „ 36,5 | „ 36,6 | |
| 25-III— | „ „ 36,5 | „ 36,6 | |
| 26-III— | „ „ 36,6 | „ 36,6 | |
| 27-III— | „ „ 36,6 | „ 36,6 | |
| 28-III— | „ „ 36,2 | „ 36,4 | |
| 29-III— | „ „ 36,7 | „ 36,5 | пункция: под нормальным давлением совершенно прозрачная жидкость. В осадке единичные лимфоциты. Посев стерилен. |
| 30-III— | t° у 36,6 | в 36,6 | |

Выписалась выздоровевшей.

Случай II. Синяк Анна, 13 лет из села Выдрица, заболела, 1-II—27 принята в больницу:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 15-II—27— | t° у. 38,8 | в. 38,3 | ригидность, Kernig, |
| 16-II „— | „ „ 38,8 | „ 39,1 | |
| 17-II „— | „ „ 37,6 | „ 37,8 | |
| 18-II „— | „ „ 37,9 | „ 37,5 | |
| 19-II „— | „ „ 40.1 | „ 38,9 | пункция—сыворотка, |
| 20-II „— | „ „ 36,8 | „ 39,7 | |
| 21-II „— | „ „ 37,0 | „ 40.1 | пункция—сыворотка. |
| 22-II „— | „ „ 36,1 | „ 39,0 | |
| 23-II „— | „ „ 36,6 | „ 39,1 | |
| 24-II „— | „ „ 36,9 | „ 38,2 | |
| 25-II „— | „ „ 36,9 | „ 38,5 | пункция—сыворотка |
| 26-II „— | „ „ 37,2 | „ 37,5 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 27-II—27— | t° у 37,2 | в 36,8 | | | |
| 28-II | „ — „ „ 37,4 | „ 38,2 | пункция—сыворотка | | |
| 1-III | „ — „ „ 36,6 | „ 36,6 | | | |
| 2-III | „ — „ „ 36,7 | „ 36.6 | | | |
| 3-III | „ — „ „ 36,7 | „ 36,7 | | | |
| 4-III | « — „ „ 36,6 | „ 37,0 | | | |
| 5-III | „ — „ „ 36,8 | „ 36,8 | | | |
| 6-III | „ — „ „ 36,7 | „ 37,3 | | | |
| 7-III | „ — „ „ 36,6 | „ 36,7 | | | |
| 8-III | „ — „ „ 36,6 | „ 36,8 | | | |
| 9-III | э — „ „ 36,5 | „ — | | | |

Выписывается выздоровевшей.

Подводя итоги материалам по обследованию эпидемии менингита в Крупском районе, необходимо указать на значительную работу, проделанную местными медицинскими работниками и РИК'ом. Главное—это проведение госпитализации больных. Если в первое время процент лечившихся в больнице был ничтожный, то впоследствии, все больные были госпитализированы. В больнице было развернуто 18 коек под менингит, так что никому не отказывалось в приеме в больницу. Благодаря полной госпитализации—мы имели, быть может, более быстрое прекращение эпидемии.

Врачи Шевеко и Слепян оказали нам товарищескую помощь в деле обследования отдельных очагов и предоставлением в наше распоряжение больничного материала.

### Литература:

1. P. Th. Müller. „Общая эпидемиология“ 1917.
2. W. Knöpfelmacher „Kraus u Brugsch“ ч. II 1916.
3. K. Kutscher. „Kolle—Wassermanas Handbuch 1912.
4. O. Thomsen „Seuchenbekämpfung 1-2 1925“.
5. St Bächer. Ibid. 1925.
6. Lehndorf. Ibid. 1925 г.
7. Проф. Б. Я. Эльберт, Г. Мацкевич и К. Розенталь. „К вопросу о штандартизации противоменингококковых сывороток“. „Записки Белор. Сан-Бакт. Ин-та“ т. I-й 1926 г.
8. И. А. Сутин и А. И. Гуревич. „Диагностика эпидемического менингита при помощи реакций иммунитета“ там же. 1926 г.
9. О. Г. Биргер. „Возрождение локалистических теорий в эпидемиологии“. Гигиена и эпидемиология № 7 1927 г.

# Санітарная справа на Беларусі к 10-й гадавіне Кастрычніка.

З. К. Магілеўчык.

## I.

Перш чымся гаварыць аб тым, што мы маем зараз, зробім кароткі агляд мінулага, калі Беларусь знаходзілася ў складзе быўшае Царскае Расеі. Параўнаньне з мінулым дасьць нам больш яснае ўражаньне аб сучасным.

Санітарная справа ў Царскай Расеі ня мела ў шэрагу іншых дзяржаўных і грамадзкіх мерапрыемстваў належнага месца. Разьвіваць санітарную справу, гэта значыла ставіць пытаньне шырокага і праўдзівага аздараўленьня залюднёных месц і тэй асноўнай масы працоўных—рабочых і сялян, якія больш за ўсё адчувалі санітарны недабрабыт іх, цяжкія ўмовы працы і быту. Бязумоўна, Царская Расея з яе клясавым падыходам да ўсяго дзяржаўнага строю ня цікавілася і не клапацілася аб гэтай справе. Санітарны недабрабыт залюднёных месц, вялікая хваравітасьць і сьмяротнасьць працоўных, асабліва дзіцячая, у тыя часы мала цікавілі і чапалі паноў, купцоў і царскіх чыноўнікаў.

Кожны, хто падымаў свой голас супроць нішчаты, цяжкіх санітарных умоў, непасільнае працы і быту працоўных і станавіўся ў абарону іх,—лічыўся ворагам дзяржавы.

Толькі з часу заснаваньня земстваў можна адзначыць некаторы пачатак разьвіцьця мэдыка-санітарнае справы, калі побач з палепшаньнем лячэбнае дапамогі, пачала зварачвацца ўвага і на санітарныя мерапрыёмствы. Але і тут, нават больш перадавыя земствы і асобныя грамадзкія дзеячы мала зрабілі. Праўдзівых грамадзкіх дзеячоў на карысьць працоўных былі адзінкі, якія ў агульнай масе „цэнзавага“ складу земстваў і пад наглядам царскіх чыноўнікаў не маглі зрабіць таго, што супярэчыла клясавым інтарэсам. Ды і Земствы не ва ўсіх губэрнях існавалі. Яны існавалі пераважна ў цэнтральных губэрнях і Украіне. У акраіных губэрнях гэта форма „высочайше“ дазволена была толькі перад самай вайной.

Праўдзівага санітарнага законадаўства Царская Расея ня ведала. Усе старыя законы адносна аховы народнага здароўя зьяўляліся надзвычайна прымітыўнымі, і ў дадатак да гэтага па свайму зьместу не зьяўляліся абавязковымі для тых, хто фактычна павінен быў іх выконваць. Закон аб змаганьні з эпідэміямі і то па свайму зьместу траціў свой сэнс, ня кажучы ўжо аб больш шырокіх формах санітарнага законадаўства (кватэрнага, харчовага, па дабрабыту залюднёных месц, ахове працы і г. д.). Прымітыўнасьць і няяснасьць дзяржаўнага законадаўства па ахове народнага здароўя адбівалася і на мясцох. Мясцовыя абавязковыя пастановы мелі ясна выяўлены клясавы характар, яны былі таксама прымітыўны і не зьяўляліся абавязковымі для тае клясы, якая іх выдавала. Пры аднэй толькі думцы аб праўдзівым санітарным законадаўстве купцоў і буйных дамаўласьнікаў ахпляў жах. Падобнае

законадаўства кратала-б іх кішэню. Карыстаючыся сваімі клясавымі правамі, яны тлумачылі і праводзілі ў жыцьцё ўсе законы па стольկі, па колькі яны ня краталі іх кішэні. Той, хто меў права тварыць законы, ня лічыўся з самым неабходным у інтарэсах здароўя працоўных, а лічыўся толькі з сваімі ўласнымі інтарэсамі. З усяго гэтага якраз і вынікае памянёная няяснасьць і прымітыўнасьць мінулага законадаўства па ахове народнага здароўя. Можна было-б дадаць шмат прыкладаў мінулага санітарнага законадаўства, якое вядома грамадзкім дзеячам, у прыватнасьці санітарным дактаром, але гэта зойме шмат часу і не ўяўляе асаблівай патрэбы для ўспаміну таго, што было нядаўна—10 год назад. Адзначу толькі адно, што нават і прымітыўнае законадаўства таго часу ў розных гарадох уяўляла сабой вялікую рознастайнасьць, адбіваючы сабой розную ступень „лібэралізму" дзяржаўных і грамадзкіх дзеячоў розных гарадоў. Нават у земскіх губэрнях у свой час санітарнае законадаўства па тых-жа самых прычынах зусім мала пасунулася ўперад.

За выключэньнем некаторых выдаткаў на супроцьэпідэмічныя мерапрыемствы па каштарысу губэрскіх земстваў і гарадоў, на іншыя санітарныя мерапрыёмствы амаль ніякіх выдаткаў ня было. Павятовыя Земствы ў сваіх каштарысах, за рэдкімі выключэньнямі, мелі спэцыяльныя фонды на супроцьэпідэмічныя мерапрыёмствы. Валасныя адзінкі зусім нічога ня мелі і на гэтыя патрэбы.

Лячэбная справа, далёка не адпавядаючая па колькасьці і якасьці мэдыцынскае сеткі патрэбам насельніцтва, мела выключна лячэбны характар. Прынцыпы профіляктычнае мэдыцыны, якія высоўваліся больш перадавой для таго часу часткай дактароў, практычна ня ўжываліся. Толькі ў некаторых губэрскіх земствах у апошнія часы лячэбная мэдыцына пачала станавіцца на рэйкі профіляктыкі.

Санітарная арганізацыя, як адзначаюць некаторыя аўтары, „у куцай форме" мелася не ва ўсіх губэрнях, і нават земскіх. Часта па палітычных матывах сан. арганізацыя ліквідавалася. Аб колькасным росьце і казаць ня прыходзіцца. Гэтым могуць да некаторай ступені пахваліцца больш перадавыя земствы, як напр., Хэрсонскае, Маскоўскае і да іх падобныя.

Санітарная справа нават там, дзе яна да некаторай ступені праводзілася, ня мела патрэбнай сеці санітарна-эпідэмічных устаноў, ня мела спэцыялізацыі па асобных відах санітарнае дзейнасьці, ня мела плянавага характару, ня ўключала ў сваю праграму колькі-небудзь шырокіх аздаравіцельных мерапрыёмстваў. Уся, нават прымітыўная дзейнасьць земскіх і гарадзкіх самаўпраўленьняў, ня кажучы ўжо аб ранейшым пярыядзе, па дабрабыту залюднёных месц, кватэрнаму будаўніцтву, прамысловаму будаўніцтву і г. д., як правіла, праводзілася бяз удзелу і ўплыву санітарных дактароў. Змаганьне з эпідэміямі і то мела выпадковы, мала арганізаваны характар, з прычыны чаго і не давала колькі-небудзь станоўчых вынікаў. Нават воспапрышчэпка ў самыя апошнія часы і то ня ўсюды была наладжана. Самая танная форма ў санітарнай справе—санасьвета і то ня мела пашырэньня, бо ў ёй бачылі вызваленьне працоўных з цемры, а гэтага якраз больш за ўсё баялася Царская Расея. Самадзейнасьць насельніцтва, як мы-ж зараз разумеем, у галіне аховы здароўя адсутнічала. А калі дзе і выяўлялася, дык зусім у прымітыўнай форме, як, напр., санітарныя папячыцельствы, ліга змаганьня з сухотамі,—якія абмяжоўваліся добрымі пажаданьнямі і на справе мала клапаціліся аб тых групах насельніцтва, якія жылі ў дрэнных санітарных абставінах.

З усяго вышэйпамянёнага мы бачым, што санітарная справа ў Царскай Расеі пачынаецца ў некаторых губэрнях з часу ўтварэньня земстваў і зусім голае месца мае да земскага пэрыяду.

Што-ж уяўляла сабой санітарная справа на Беларусі ў так званых „заходніх губэрнях"? У часе прабываньня ў складзе Царскае Расеі санітарнае справы на Беларусі, нават у тэй прымітыўнай форме, як яна была ў цэнтральных губэрнях Расейскай Імпэрыі, ня было. Ды і дзівіцца няма чаму. Што такое ўяўлялі сабой працоўныя заходніх губэрняў для Расейскае Імпэрыі, калі не палукалёнію эксплёатацыі царскімі чыноўнікамі, панамі, гандлярамі і іншымі клясавымі ворагамі працоўных Беларусі. Нават форма Земскага самакіраваньня на Беларусі дазволена была толькі перад самой вайной. З гэтага „Высочайшего" дазволу можна бачыць адносіны Царскае Расеі да Беларусі. Вось вам „Высочайший указ Прав. Сенату 14 марта 1914 г.: „Находя своевременным приобщить население *Западного края* (курсіў аўтара) к благам земского самоуправления, коими уже давно пользуются др. *коренные* местности России, признали Мы неабходимым . . . . . ныне же распространить на этот край . . . . . . . Высочайше утвержденное 12 июня 1890 г. положение о губернских и уездных земских учреждениях". Гэты дазвол заходнім губэрням дадзен пасьля таго, як „коренные" губэрні бышае Расеі рыхтаваліся ў 1914 г. сьвяткаваць 50 гадовы юбілей існаваньня ў іх земстваў. Да гэтага часу санітарнае справы на Беларусі, як у іншых губэрнях, ня было.

Гарадавыя санітарныя дактары таго часу, і то ў больш буйных гарадох, выконвалі абавязкі паліцэйскага санітарнага нагляду,—агляд прастытутак, паліцэйскі нагляд за крамамі, базарамі ды прымітыўныя формы змаганьня з эпідэміямі. Сапраўдныя санітарныя мерапрыёмствы ня ўжываліся, ды мала і гаварылася аб іх у той час. Абавязковыя санітарныя пастановы былі надзвычайна прымітыўны, а некаторыя з іх проста сьмеху варты, як, напр., пастанова Віцебскай Гарадзкой Думы § 71: „спадающие с больных оспой струпья должно тщательно собирать и сожигать их". У большасьці выпадкаў абавязковыя пастановы былі як уступка вымаганьню часу, а не патрэбам працоўных. Штрафы за парушэньне санітарных пастаноў спагнаць можна было толькі з дробных дамаўласьнікаў, дробных гандляроў ды рабочых.

Больш заможных і моцных „цэнзавікоў", якія ўяўлялі сабой гарадзкую думу, гэтыя пастановы не касаліся. На антысанітарныя абставіны, у якіх жылі рабочыя (кватэрныя ўмовы, дрэнную водазабясьпеку, цяжкія ўмовы працы, неўпарадкаванасьць і санітарны недабрабыт рабочых кварталаў, пераважна ўскраіных і г. д.) амаль не зварочвалася ніякае ўвагі.

Вось як аб санітарнай справе г. Менску, адзначаючы яго санітарны недабрабыт, гаворыць д-р Урванцоў у „Медико-Санитарном очерке г. Минска", 1910 г. стар. 48.—„Городское Управление, на котором главным образом лежит обязанность санитарного благополучия Минска, мало заинтересовано этим вопросом. Отсутствие средств у города—это вечная оговорка городских деятелей в оправдание своей беспечности. Санитарные попечители даже в холерное время не проявили своей деятельности. Все учреждения и лица смотрят на санитарию, как на дело второстепенной важности". Падобнае належыць і да іншых заходніх гарадоў таго часу.

Ня мелася ў дадатак да гэтага наладжанае санітарнае статыстыкі і адпаведных санітарных устаноў, апрача ў губэрскіх гарадох дэзкамер ды прымітыўных хіміка-бактэрыолёгічных ляборатырый і ўрэшце пастэраўскіх станцый.

Нават чыста лячэбная дапамога і то горш была даступна працоўным, чымся ў цэнтральных губэрнях. Лячэбна-профілактычнае дапамогі працоўным зусім ня было. Аб вёсцы і казаць ня прыходзіцца.

Нікому і ў галаву ня прыходзіла думка аб палепшаньні санітарных умоў вёскі,—дапамагчы селяніну пабудаваць здаровую студню, хату, пабудаваць лазьню і г. д. Толькі ў сталыпінскі пэрыяд земляўпарадкаваньня давалася некаторая дапамога сялянству, але яна адбівала сабой палітычныя мэты таго часу, а не праўдзівую дапамогу незаможным.

Толькі ў 1911 г., з часу заснаваньня Земстваў на Беларусі, па прыкладу іншых Земскіх губэрній, пачалося нараджэньне санітарнае арганізацыі. Так, у „Вестнике Минского Губернского Земства“, № 3-4, 1914 г., „Краткий обзор деятельности земств Минской губернии в первом трехлетии“ ўпамінаецца аб санітарнай арганізацыі. З гэтае справаздачы відаць, што губэрскае земства ў часьці іншых мэдыцынскіх патрэб па свайму каштарысу ўзяло ўтрыманьне санітарнага доктара і д-ра для камандыровак (?), а таксама актыўны ўдзел у змаганьні з вялікімі эпідэміямі (чума (?), холера і інш.).

Павятовыя Земствы, апрача асыгнаваньня сродкаў на змаганьне з эпідэміямі, ні якой санітарнай справы ня ведалі. Трэба адзначыць, што выдаткі на змаганьне з эпідэміямі, як у Губэрскага земства, так і павятовых, у агульнай суме былі досыць значныя (каля 2 проц. мэдыцынскага бюджэту), але меры змаганьня ня мелі станоўчых вынікаў, з прычыны адсутнасьці пры гэтым праўдзівых профіляктычных мерапрыемстваў—аздараўленьня санітарных умоў. Аб падобных мерапрыёмствах у той час у справаздачы Менскага Губэрскага Земства ўпамінаецца як аб спробе ў адным толькі павеце: „делаются попытки по улучшению водоснабжения в селениях“. Санітарны доктар меўся ў адным толькі павеце. У характарыстыцы воспапрышчэпак адзначаецца, што „в одном уезде оспопрививание ведется на других, более рациональных началах“. Між тым эпідэміі на воспу што год давалі звыш 1000 хворых па аднэй толькі Менскай губэрні. Падобнае палажэньне санітарнае справы належыць і да іншых „заходніх губэрній“.

Словам, на фоне нацыянальна-культурнага і эканамічнага заняпаду Беларусі, у выніку векавога Польскага і Царскае Расеі ўціску, панаваў санітарны недабрабыт, які даваў 10 проц. востра-заразьлівых хвароб у агульнай хваравітасьці (па Менскай губ.). Хто хварэў, як не рабочыя і сяляне. Між тым, думаць аб разьвіцьці праўдзівай формы санітарнае справы не дазвалялася. Нават форма земскае санітарыі надзвычайна запазьнілася ў параўнаньні з цэнтральнымі губэрнямі быўшае Расеі. Імпэрыялістычная і грамадзкая войны, якія адбыліся на прасторах Беларусі, асабліва польскія падзеі, разбурылі і тую санітарную справу, што заснавалася пры Земстве і яшчэ ў большай меры пагоршылі санітарны дабрабыт яе.

II.

Кастрычнікавая рэвалюцыя, нарадзіўшая новыя формы дзяржаўнага будаўніцтва,—формы савецкага сацыялістычнага будаўніцтва,—нарадзіла новыя праўдзівыя формы аховы здароўя—Савецкую мэдыцыну. Савецкая мэдыцына па свайму характару і зьместу ўяўляе сабой праўдзівую профіляктыку, мэдыцыну аздараўленьня працы і быту працоўных. Як і ўсе іншыя галіны Савецкага будаўніцтва, савецкая мэдыцына зьяўляецца дасягненьнем і справай саміх працоўных. Санітарная справа, як аснова ўсіх аздаравіцельных мерапрыемстваў ва ўсей сыстэме сацыялістычнага будаўніцтва, зараз займае сваё пачэснае месца. Кастрычнік адчыніў новы шлях разьвіцьця і росквіту яе. Ня гледзячы на цяжкую спадчыну мінулага і цяжкія эканамічныя

ўмовы Савецкага будаўніцтва, к 10-й гадавіне кастрычніка ў галіне санітарные справы мы маем досыць значныя і бяспрэчныя дасягненьні па ўсім Саюзе, а таксама і на Беларусі.

Самае галоўнае і прынцыповае зьмяшчаецца ў тым, што санітарная справа зьяўляецца справай дзяржаўнай, якая ўвесь час расьце і пашыраецца. Зараз ва ўсіх рэспубліках існуе санітарная арганізацыя, бо няма падзелу на „коренныя“ і „іншыя“ губэрні, як раней. Нацыянальная палітыка Савецкай улады вырашыла гэта пытаньне. Зараз існуюць роўныя паміж сабой савецкія рэспублікі, па адзнаках нацыянальнага складу насельніцтва, аб‘яднаныя ў агульны саюз Савецкага Саюзу. У падобных умовах дзяржаўнага строю ня можа быць пакрыўджаных нацый. Дзякуючы гэтаму, зараз мы маем, побач з агульным культурна-эканамічным разьвіцьцём кожнае рэспублікі, разьвіцьцё і санітарнае справы, як часьці сацыялістычнага будаўніцтва. Розьніца зьмяшчаецца толькі ў тым, што ў тых рэспубліках, дзе раней мелася зусім пустое месца санітарнае справы, мы маем і менш дасягненьняў. Да падобных рэспублік належыць і Беларусь.

На руінах, у выніку імпэрыялістычнае і грамадзкае войнаў і з больш цяжкай спадчынай мінулага за іншыя рэспублікі, пачалося савецкае будаўніцтва Беларусі, у сыстэме якога пачала разьвівацца і санітарная справа. Але цяжкія об‘ектыўныя абставіны і кароткі тэрмін мірнага савецкага будаўніцтва Беларусі (7 год) у значнай меры адбіліся на разьвіцьці яе. У першыя годы будаўніцтва Савецкай Беларусі ўсе сілы НКАЗ былі кінуты на змаганьне з вялікімі эпідэміямі, пераважна з тыфусамі, якія панавалі ў нашых гарадох і вёсках, у выніку санітарнага недабрабыту іх. Гэтыя годы зьяўляюцца самымі цяжкімі ў разьвіцьці маладой Беларускай санітарнай організацыі. Думаць аб плянавай санітарнай працы і організацыйных формах санітарнае справы ў тыя гады мала прыходзілася.

У першыя гады, гады змаганьня з эпідэміямі, маладую санітарную організацыю можна ўпадобіць невялікай групе пажарнікаў, якія кідаюцца, ня маючы досыць вопыту, тушыць вялікі пажар і тушаць яго толькі дзякуючы ўдзелу і дапамозе ўсіх прысутных сіл народу. А вопыту сапраўды ў беларускае сан. організацыі ў першыя часы ня было, бо яна не атрымала, можна сказаць, ніякае прыймовасьці ад Земскае санітарнае організацыі.

Санітарная справа на Беларусі—новая справа. Трэба было ў надзвычайна цяжкіх эканамічных умовах шукаць праўдзівы шлях будаўніцтва яе, адпаведна об‘ектыўным умовам Беларусі. На гэты шлях беларуская сан. організацыя стала фактычна ў 1924 г., калі трэба было брацца за плянавую і сыстэматычную працу аздараўленьня Савецкае Беларусі ў умовах мірнага будаўніцтва яе. Тут адразу паўстала пытаньне з чаго пачынаць і як пачынаць, каб апраўдаць сваё існаваньне ў вачох працоўных. Прыймовасьці організацыйных форм няма, з санітарнага боку Беларусь у мінулым не дасьледвана, што фактычна зьяўляецца асновай усяе дзейнасьці, эканамічныя ўмовы цяжкія і г. д. Вядома было толькі адно, што частыя выбухі розных эпідэмій і пашыраныя сацыяльна-бытавыя хваробы адзначаюць вялікі санітарны недабрабыт, прычыны якога трэба шукаць і ліквідаваць іх. З гэтага і пачаліся організацыйныя формы і ўся санітарная дзейнасьць маладой санітарнай організацыі. Першы Ўсебеларускі зьезд санітарных дактароў у 1926 г. больш дакладна вызначыў асноўныя задачы і аб‘екты сваей дзейнасьці і організацыйныя формы яе.

З гэтага часу ў аснову сандзейнасьці вызначана аздараўленьне вонкавых абставін працоўных: кватэрна-камунальная санітарыя,

харчавая санітарыя, змаганьне з профшкоднасьцямі і санітарная асьвета. Змаганьне з эпідэміямі, профэсыйнымі і сацыяльнымі хваробамі засталося ў форме змаганьня з прычынамі іх, а лячэбна-профіляктычная справа, аздараўленьне самаго аб'екту, перададзена ў лячэбна-профіляктычны аддзел. Статыстыка вылучана самастойнай, якая ў 1927 г. далучана, у форме аддзелу статыстыкі Народнае Аховы Здароўя, да агульнае статыстыкі (ЦСУ). Аздраўдзет і Ахматмлад і да гэтага часу існавалі незалежна ад санітарнае арганізацыі.

Зараз зробім кароткі агляд таго, што зроблена маладой санітарнай арганізацыяй, наколькі пасунулася санітарная справа ўперад і што дасягнута к 10 гадавіне Кастрычніка.

Ня гледзячы на ўсе вышэй адзначаныя труднасьці, якія ў значнай меры перашкаджалі разьвіцьцю санітарнае справы і абмяжоўвалі санітарную дзейнасьць, за кароткі параўнаўча пэрыяд маюцца досыць значныя дасягненьні.

На голым месцы расьце санітарная арганізацыя і шырыцца санітарная справа. Дэкрэтам СНК БССР ад 23-IX—1926 г. „Аб санітарных органах НКАЗБ" санітарная організацыя атрымала сваю законадаўчую форму, якая вызначае правы яе, абавязкі, ролю і ўдзел у агульным савецкім будаўніцтве. Па колькасьці санітарных дактароў, у 1927 г. дасягнута—42. Разам з гэтым растуць і адпаведныя санітарныя ўстановы. У кожнай акрузе і больш буйных раённых цэнтрах ёсьць сан. бакт. лябораторыі (8 акруговых і 3 раённых). У цэнтры вырасьлі навукова-практычныя ўстановы: Мікрабіолёгічны, Санітарна-Гігіенічны і Сацыяльнай Гігіены Інстытуты. Два апошніх адчынены ў 1927 годзе. Санітарна-Гігіенічны Інстытут вырас з сан. гігіенічнага аддзелу, які да гэтага часу знаходзіўся ў складзе Сан. Бакт. Інстытуту. Падобны падзел выявіўся неабходным разам з ростам і паглыбленьнем санітарнае справы ў рэспубліканскім маштабе. Сан. Бакт. Інстытут разьвіўся з маленькае Пастэраўскае станцыі, а зараз уяўляе сабой добра абсталяваны з шырокім маштабам навукова-практычнае дзейнасьці Мікрабіолёгічны Інстытут. У значнай меры палепшана дэзсправа. Перш за ўсё прыведзены ў парадак закінутыя ў часе разрухі стацыянары (Магілеў, Менск, Віцебск і Гомель), пабудавана адна новая дэзстанцыя (Полацак) і пачата пабудова яшчэ аднае (Ворша). У іншых гарадох таксама ўжыты меры палепшаньня меўшыхся перасоўваемых дэзкамер і прыладаў і набыцьця новых. Большасьць перасоўваемых дэзкамер зьяўляюцца спадчынай вайсковых часьцей мінулых войнаў. Раёны ў значнай меры забясьпечаны новымі дэзпрыладамі.

*Увага.* Раёны за 2 гады набылі звыш 200 розных дробных прыладаў дэзпрыладаў (апаратуры).

Санітарная справа расьце і шырыцца ня толькі ў гарадох, але захапляе і вёску. 1926 год можна лічыць пачаткам заснаваньня санітарнае організацыі на вёсцы, 4 раёны мелі санітарных дактароў; 1927 г. дае дадаткова 16 раённых санітарных дактароў. Разам з гэтым прасоўваецца на вёску і ляболаторна-дасьледчая праца.

Усе бакі народна-гаспадарчага і культурнага жыцьця рэспублікі: пабудова фабрык і заводаў, камунальны дабрабыт (вадазабясьпека, удаленьне нячыстот і адкідаў і г. д.), кватэрнае будаўніцтва, народная асьвета, земляўпарадкаваньне, народнае харчаваньне, мэліорацыя і г.д.— усё гэта вядзецца, арганізуецца і будуецца пры ўдзеле санітарных органаў, пад іх санітарным кіраўніцтвам, прымаючы пад увагу інтарэсы аховы здароўя працоўных. Гэты бок санітарнае справы зьяўляецца зараз асновай усяе санітарнае дзейнасьці, бо гэта ёсьць праў-

дзівы шлях аздараўленьня працоўных,—аздараўленьне ўмоў працы і быту, якія да гэтага яшчэ часу ўяўляюць сабой асноўную прычыну эпідэмічнасьці, панаваньня сацыяльна-бытавых хвароб і агульнай хваравітасьці. Удзел санітарнай організацыі і роля ў памянёных мерапрыемствах савецкага будаўніцтва зараз зьяўляюцца абавязковымі і законнымі. У дзяржаўным рэгуляваньні памянёных мерапрыемстваў прадугледжваецца санітарны бок яго.

Ня гледзячы на цяжкія эканамічныя ўмовы ва ўсей сыстэме савецкага будаўніцтва, к 10-й гадавіне мы маем значныя дасягненьні санітарнага аздараўленьня залюдненых месц, працы і быту працоўных. Пералічыць усе дасягненьні і даць характарыстыку ім займе шмат часу і месца. Адзначу толькі для прыкладу найбольш буйныя і больш вялікія ў санітарных адносінах.

Водазабясьпека гарадоў, якая пасьля войнаў і гаспадарчае разрухі ўяўляла сабой вялікую санітарную небясьпеку, зараз значна палепшана. У гарадох з цэнтральнай водазабясьпекай зроблены значныя рамонты вадаводных станцый, набыта новае абсталяваньне, пашырана водаводная сетка на рабочыя ўскрайны і інш. (Менск, Віцебск, Магілеў). Амаль скончана пабудова цэнтральнага водаводу ў г. Бабруйску. На чарзе вызначаны для пабудовы цэнтральных водаводаў Ворша, Мазыр, Полацак, у якіх водаводы хоць і ёсьць, але надзвычайна прымітыўныя, маюць індывідуальны характар водаснабжэньня асобных груп дамоў і ў санітарных адносінах небясьпечны.

У 1926 г. пачалася справа каналізацыі гарадоў БССР, а ў 1927 г. сталіца Беларусі—Менск, цэнтральная часьць яго, ужо мае сетку ўкладзеных каналізацыйных труб. Справа гэта будзе скончана па пляну праз 2—3 гады. Значна палепшана справа ўдаленьня нячыстот і адкідаў і ў іншых гарадох. У большасьці гарадоў наладжана асэнізацыйная справа, вызначаны і ўпарадкаваны звалачныя месцы і асэнізацыйныя полі, упарадкаваны дваровыя месцы ўдаленьня нячыстот і адкідаў і ў мясцох грамадзкага карыстаньня, упарадкаван вываз іх і г. д. Палепшаньне камунальнага дабрабыту ў інтарэсах працоўных зараз зьяўляецца вялікай задачай Савецкае ўлады.

Дзякуючы росту кватэрнага будаўніцтва, якое ідзе побач з ростам эканомікі і прамысловасьці, значна палепшаны кватэрныя ўмовы рабочых у параўнаньні з тым, што было да гэтага часу. Сыстэма кватэрнага будаўніцтва адбівае сабой наш сацыялістычны строй — даць рабочаму здаровую кватэру, каб захаваць гэтым самым яго працаздольнасьць, чаго няма ў буржуазных дзяржавах, ня было і ў нас раней, калі працоўныя павінны былі жыць у сутарэньнях і дрэнных кватэрах домаўласьнікаў і плаціць за гэта амаль палову свайго бюджэту.

Грамадзянскае харчаваньне, раней не вядомая форма на Беларусі, таксама з кожным годам шырыцца. Толькі па лініі рабочае коопэрацыі мы зараз маем звыш 26 сталовак; з гэтагу ліку 12 сталовак непасрэдна на прадпрыемствах. Апрача рабочае коопэрацыі ёсьць яшчэ звыш 20 сталовак іншых арганізацый і ўстаноў (студэнцкія, ЛКСМ, БІКА і інш.). Грамадзкае харчаваньне будуецца на асновах навукі, прымаючы пад увагу нацыянальна-бытавыя і іншыя асаблівасьці працоўных Беларусі. Дзякуючы разьвіцьцю коопэрацыі і ахапленьню харчовага рынку дзяржаўнымі ўстановамі (Белхарчтрэст, Белмясгандаль і інш.) значна палепшана якасьць харчавых продуктаў і санітарныя ўмовы вырабу іх. Менш рознага штукарства і фальсіфікацыі, што раней надта ўжывалі прыватныя гандляры. Яшчэ адно з буйных дасягненьняў санітарнай справы ў савецкім будаўніцтве, — гэта пабудова хлебазаводу ў г. Менску, які адчыніўся ў дзень 10 гадавіны Кастрычніка.

Разам з ростам сельскае гаспадаркі пашыраецца і харчовая прамысловасьць. На чарзе пабудова бэконае фабрыкі ў Воршы, малочнага заводу ў Менску, вясной будзе скончана пабудова ў Менску халадзільніка і г. д. Зараз па лініі сельскае коопэрацыі шмат сялян арганізавана ў малочныя таварыствы, якія маюць свае заводы па перапрацоўцы малака. Падобная сыстэма мае ня толькі гаспадарчае значэньне, а і санітарнае.

Практычныя мерапрыемствы па аздараўленьні вёскі пачаліся ў 1925 годзе, якія вызначаюцца ў дзяржаўнай дапамозе ўпарадкаваньня яе кватэрнага будаўніцтва сялян, палепшаньні водазабясьпекі і будаўніцтве лазьняў.

*Увага.* За 2 гады пры дзяржаўнай дапамозе пабудавана звыш 1500 бэтоных і 17 сьвідраваных.

Гэтыя мерапрыемствы якраз уяўляюць сабой аснову, каб палепшыць санітарны дабрабыт вёскі. Выдаткі на гэту справу павялічваюцца з кожным годам. Апрача грашовае дапамогі, для правядзеньня гэтае справы вёска паступова атрымлівае тэхніка-будаўніка і санітарнага доктара. Роля і задачы санітарнае організацыі ў справе аздараўленьня вёскі досыць яскрава вызначаны VII Усебеларускім Зьездам Саветаў па дакладу Народнага Камісара Аховы Здароўя т. Барсукова, а таксама асобнымі пастановамі, як, напрыклад, пастановай СНКБ аб будаўніцтве на вёсцы лазьняў і інш.

Значна палепшаны санітарныя ўмовы працы на фабрыках і заводах, а пры будаўніцтве новых загадзя прадугледжваецца санітарны дабрабыт іх.

Ва ўсіх вышэйадзначаных мерапрыёмствах санітарны доктар прымае актыўны ўдзел, ён зьяўляецца консультантам па санітарнай справе, дае свае санітарныя заключэньні па праэктах будаўніцтва, вядзе сталы і сыстэматычны санітарны нагляд, распрацоўвае абавязковыя санітарныя пастановы і г. д. Словам, санітарная організацыя ў умовах савецкага будаўніцтва мае сваё месца, набывае свой аўтарытэт і па зьместу сваёй працы асазнана працоўнымі.

Праўда, ёсьць яшчэ недарэчнасьці і непаразуменьні, калі некаторыя ўстановы і організацыі, пераважна камунальныя органы, мала лічацца з санітарнай організацыяй, але гэта пытаньне не зьяўляецца прынцыповым. Гэта проста—няпоўная зразумеласьць асобнымі працаўнікамі важнасьці аховы здароўя працоўных у вялікіх заваёвах Кастрычніка.

Расьце і шырыцца навукова-дасьледчая праца па санітарнаму вывучэньню Беларусі. Шмат зроблена па вывучэньню водазабясьпекі кватэрнага будаўніцтва, камунальнага дабрабыту, фізычнага стану працоўных, прычын пашырэньня сацыяльна-бытавых хвароб і інш. Вывучэньню падлягаюць як горад, так і вёска. Санітарная навукова-дасьледчая праца вядзецца ня толькі Навуковымі ўстановамі НКАЗ, вышэйпамянёнымі Інстытутамі і лябораторыямі, але дапамагаюць гэтай справе і іншыя навуковыя ўстановы і організацыі, у прыватнасьці адпаведныя катэдры Унівэрсытэту, Краязнаўчыя організацыі і існаваўшая да гэтага часу Мэдсэкцыя Інбелкульту.

Навуковыя працы санітарнага зьместу, пераважна краязнаўчага ўхілу, што санітарнай організацыі ў яе дзейнасьці дае пэўную практычную падставу. Шмат навуковых прац (звыш 100) ужо надрукавана ня толькі ў спэцыяльных беларускіх часопісах „Беларуская Мэдычная Думка“ і асобных выданьнях, як, напрыклад, „Запіскі Беларускага Дзяржаўнага Санітарна-Бактэрыолёгічнага Інстытуту“ „Мэдыцынскі зборнік Інбелкульту“ і інш., але і ў іншых часопісах і выданьнях нашага Саюзу і замежных. Усё гэта сьведчыць аб росквіце ў апошнія часы навукова-дасьледчае санітарнае дзейнасьці на Беларусі.

Вялікая праца зроблена па санітарнай асьвеце працоўных. Санітарная асьвета зараз зьяўляецца асновай і магутным фактарам, каб падняць самадзейнасьць працоўных у справе аховы свайго здароўя, палепшаньня санітарнага дабрабыту залюдненых месц, аздараўленьня сваёй працы і быту. Актыўнасьць працоўных расьце з кожным годам, якая вызначаецца ў працы сэкцый аховы здароўя гарадзкіх саветаў і санітарных грамадзкіх організацый (санітарных камісій пры Жылтаварыствах, Сельсаветах, Саветах Сацыяльнае дапамогі і г. д.).

Санітарная асьвета вядзецца на зразумелай для працоўных іх роднай мове. Выданьне папулярнае санітарнае літаратуры на нацыянальных мовах пашыраецца.

Найбольш відавочнае дасягненьне ў разьвіцьці санітарнае справы на Беларусі—гэта пасьпешнае змаганьне з эпідэміямі. Эпідэмічнасьць з кожным годам памяншаецца, асабліва гэта датычыць тых эпідэмій, прычыны якіх галоўным чынам залежаць ад санітарнага недабрабыту залюдненых месц (камунальнага дабрабыту, водазабясьпекі, кватэрных умоў і інш.). Гэта можна бачыць з наступнае табліцы:

Хваравітасьць на 10.000 насельніцтва.

| Назва хвароб / Гарады і мясцовасьці | ТЫФУСЫ | | | Крываўка |
|---|---|---|---|---|
| | Высыпны | Зваротны | Брушны | |
| **1922 г.** | | | | |
| Па БССР | 85,4 | 86.3 | 9,4 | 13,8 |
| „ гарадох | 191,5 | 286.1 | 13.1 | 32,7 |
| „ інш. мясцовасьц. | 70.7 | 58,6 | 8.9 | 11,2 |
| **1923 г.** | | | | |
| Па БССР | 15,9 | 9,4 | 5,1 | 9,2 |
| „ гарадох | 24,2 | 27,0 | 13,5 | 14,8 |
| „ інш. мясцовасьц. | 14,8 | 7,0 | 4,0 | 8,4 |
| **1924 г.** | | | | |
| Па БССР | 11,8 | 1,2 | 11,4 | 15.5 |
| „ гарадох | 17,6 | 3,9 | 13.5 | 12,6 |
| „ інш. мясцовасьц. | 11,2 | 0.9 | 11.2 | 15,7 |
| **1925 г.** | | | | |
| Па БССР | 10,8 | 0,5 | 14.0 | 12,0 |
| „ гарадох | 8.2 | 0,6 | 20,7 | 5.2 |
| „ інш. мясцовасьц. | 11,1 | 0,5 | 13.4 | 12,7 |
| **1926 г.** | | | | |
| Па БССР | 9.0 | 0,2 | 10.6 | 8,6 |
| „ гарадох | 4,2 | 0,1 | 11,5 | 5,5 |
| „ інш. мясцовасьц. | 9,5 | 0,2 | 10,5 | 8,9 |

З гэтае табліцы мы бачым, што санітарны добрабыт нашых гарадоў і вёскі з кожным годам паляпшаецца. Гэтыя дасягненьні мы маем дзякуючы шырокіх аздаравіцельных мерапрыемстваў ва ўсей сыстэме савецкага будаўніцтва і шырокай профіляктыкі савецкае мэдыцыны (дыспансэрызацыя, яські, кансультацыі і інш.). Толькі сацыяльна-бытавыя хваробы, пераважна сухоты, як больш цяжкая спадчына мінулага, не даюць спаданьня. Мэтады непасрэднага змаганьня сан. організацыі з эпідэмічнасьцю грунтуюцца на новых мэтадах змаганьня з інфэкцыйнымі хваробамі, на эпідэміолёгічных досьледах, пашыраецца справа ўжываньня мэтада змаганьня шляхам профіляктычных прышчэпак і інш. Вядзецца точны вучот заразьлівых хвароб і г. д.

Усе мерапрыёмствы па змаганьні з эпідэмічнасьцю вядуцца пад навуковым кіраўніцтвам і пры непасрэдным удзеле Мікробіолёгічнага Інстытуту (быўш. Сан.-Бакт. Інстытуту), дзейнасьць якога з кожным годам пашыраецца і паглыбляецца. Зараз сан. організацыя мае свае профіляктычныя і лячэбныя сывараткі і прышчэпкі. З часу заснаваньня Санітарна-Гігіенічнага Інстытуту змаганьне з эпідэмічнасьцю яшчэ ў большай меры паглыбляецца і пашыраецца.

Пад'агульваючы ўсе дасягненьні разам, трэба адзначыць, што ня гледзячы на ўсе труднасьці, санітарная справа на Беларусі за кароткі параўнаюча час значна пасунулася ўперад і зьяўляецца вялікім крокам наперад у галіне праўдзівага аздараўленьня працоўных.

III.

Ня гледзячы на цэлы шэраг дасягненьняў, і досыць буйных, у новай санітарнай справе на Беларусі, наперадзе яшчэ шмат працы.

Значная эпідэмічнасьць і значна пашыраныя сацыяльна-бытавыя хваробы, якія застаюцца яшчэ і на сёньня, гавораць нам, што санітарнага дабрабыту рэспублікі мы яшчэ ня маем. Палепшаньне агульнага санітарнага становішча рэспублікі ўяўляе сабой адну з асноўных задач у дзейнасьці санітарнае організацыі, якая будзе вырашацца побач з агульным ростам прамысловасьці, сельскае гаспадаркі, экономікі і культуры раней заняпалае краіны. Разам з гэтым павінна распрацоўвацца і санітарнае заканадаўства, адпавядаючае інтарэсам працоўных. Санітарнай організацыі патрэбна бязупынна бараніць чыстату аздаравіцельных лёзунгаў Кастрычнікавае рэвалюцыі і савецкае мэдыцыны і ажыцьцяўляць іх.

Апрача паглыбленьня і пашырэньня пачатае справы перад НКЗ Беларусі сёньня паўстала новая задача ў санітарнай справе,—організацыя прамысловага санітарнага нагляду.

Для ажыцьцяўленьня вялікіх задач санітарнага аздараўленьня рэспублікі, павінна расьці, мацнець і ўдасканальвацца санітарная організацыя—баявы вартаўнік санітарнага дабрабыту яе.

---

# Краткий очерк 50-ти летней деятельности Общества Минских врачей*)

*(1867—1917 г.).*

**М. А. Поляк.**

„Казалось бы, что такой неважный для публики предмет, как основание медицинского Общества, где бы то оно было, должен был произойти незамеченным, по крайней мере, в немедицинском мире. Об основании нового медицинского Общества сказали бы, может быть, несколько слов врачебные газеты, пожелали бы ему преуспеяния и тем дело должно было кончиться. Но, благодаря известному психически раздраженному состоянию редакции „Московских Ведомостей", случилось не так: уж один устав еще несложившегося Общества Минских врачей подействовал на больное воображение Каткова и рефлексом этого действия явилась в его газете статья, смысл которой тот, что Общество представляет собою опасность, что национально-политический характер его возбуждает подозрение—словом, статья полная политических инсинуаций против того, что по здравому смыслу должно стоять вне всяких подозрений".

Так писал „Архив Судебной Медицины" по поводу шума и тревоги, поднятой „Московскими Ведомостями" против зачавшегося Общества Минских врачей. Автор цитируемой мною статьи, ссылаясь на руководство по судебной медицине Штрюмайера, считал это политическим помешательством, ибо заподозрить еще несложившееся Медицинское Общество в будущих его политических тенденциях может только больное воображение, только организм, на нервной системе которого отразились уже обуревающие его идеи и которому уже не присущи здравые мысли".

Итак, рождение Общества Минских врачей, этого невинного младенца, сопровождалось родовыми болями. Творцы его терпели некоторое время родовые муки из-за оказанного им сопротивления, но последнее было однако преодолено энергией учредителей и 7-го сентября 1867 г. новорожденный сделал первый вздох и издал первый крик. В этот день состоялось первое заседание Общества под председательством его инициатора врачебного инспектора Николая Константиновича *Берга*. Кроме него в 1-ом заседании присутствовали еще следующие лица: *Бейлин, Борнгардт, Бренерт, Геррат, Гинденбург, Грегорович, Дзякович, Кант, Мощинский, Натансон, Онацевич, Парникель, Петкевич, Семенкевич, Шацкин, Швембергер, Шмидт* и секретарь *Земляницын* (всего 19 человек).

Нельзя пройти мимо личности одного из названных учредителей, а именно, личности Вильгельма Даниловича *Гинденбурга*. Многим это имя, быть может, неизвестно. Но местные старожилы помнят еще этого врача-гуманиста, вокруг которого сложились целые легенды; еще многие произносят это имя с особым благоговением и причисляют его к той категории врачей, в которой числился д-р *Гааз*.

Необходимо отдать должную дань еще двум покойным членам общества, а именно, *Головачеву* и *Свенцицкому*, первому—за его преданность делу, широту взглядов и сердечность в отношениях к това-

---

*) Доклад сделан на торжественном заседании Общества Минских врачей 25-го января 1922 г. по случаю возрождения Общества.

рищам, второму —за самое горячее участие в научных и практических трудах Общества.

Перевернув несколько страниц первых протоколов Общества, мы читаем, что в декабре 1867 г., т. е. через три месяца по открытии Общества, в число членов его вступил и ныне здравствующий наш старейший товарищ, ветеран и патриарх нашей врачебной семьи, *Осип Лазаревич Лунц*, которого мы привыкли считать и считаем учредителем Общества. Уже с первого момента появления *О. Л.* среди врачей он обогащает Общество научными докладами, делится со своими товарищами самым последним словом медицинской науки и с тех пор не проходит почти ни одно заседание, в котором он бы не сделал какого либо научного сообщения, не демонстрировал бы какого-либо интересного больного или не принимал бы живого участия в прениях.

Перелистывая дальше протоколы Общества, мы находим, что в числе почетных членов его, кроме знаменитого анатома-академика *Грубера*, профессоров *Красовского*, *Манасеина*, *Чистовича*, *Эрисмана* и др., числился наш великий учитель, краса и гордость старой России, мировая слава—*Николай Иванович Пирогов*, именем которого были названы всероссийские с'езды врачей, различные медицинские общества, музей и другие культурно-просветительные учреждения.

Мы здесь не упоминаем об остальных почетных членах Общества и о других рядовых работниках, которые удобряли, бороздили, вспахивали и засеивали нашу медицинскую ниву. О них будет речь впереди, когда дана будет оценка тому или другому явлению или починанию, связанному с их именем.

Переходя к обзору деятельности Общества, мы не остановимся на разных цифрах и перечислениях, а скажем только, что за эти 50 лет Общество собиралось 383 раза. Число членов к концу первого года его существования равнялось 27, а в конце 50-го года оно возрасло до 102. Естественно, что за такой период времени Общество в разные времена различным образом проявляло свою жизнь, свою деятельность. Общество в связи с окружающим миром, с исторической обстановкой, то замирало, то оживало, то тускнело, то вспыхивало ярким светом, то горизонт его озарялся, то обволакивался темными тучами; были у него периоды упадка и периоды под'ема, периоды увядания и периоды расцвета; были скучные будни и торжественные праздники; были дни траура и дни ликования. В связи с переживаемым страной моментом, Общество то занималось одними научными вопросами, то оно обсуждало вопросы общественной медицины и проводило в жизнь разные практические мероприятия, то оно оказывалось в сфере разных политических брожений.

Так, в конце 70-ых г.г. во время русско-турецкой войны, Общество совсем замерло и в течение целого года оно ни разу не собиралось. Такое же затишье было в начале русско-японской и последней мировой войны. В течении всего полувека Общество печатало свои протоколы и доклады отдельными изданиями, а впоследствии в своем собственном органе.

Приступая к обзору научной деятельности Общества, мы заранее оговариваемся, что здесь не будет речи о великих открытиях в области медицины, о ценных вкладах в науку или даже о клинических и экспериментальных исследованиях. Работа членов Общества была будничная, кропотливая, но все же она расширяла, углубляла и проверяла у постели больного те результаты, которые были добыты в ученых кабинетах и лабораториях их старших братьев.

Первоначально, на заре своей юности, члены Общества в дружеской беседе, за чашкой чаю, делились своими ежедневными наблюде-

ниями у постели больных в частной практике и больницах, демонстрировали друг другу интересные случаи, реферировали все новое, что появлялось в медицинской прессе, дебатировали и вентилировали разные вопросы научной медицины. Не было ни одного уголка в этой обширной области, куда бы не заглянули пионеры нашего Общества. Были, между прочим, доклады и высокой научной ценности, как доклады врачей: *Надпоржского*, *Цехановича* и др., представлявшие собою научные экспериментальные исследования. Любопытно отметить, что в „Трудах" Общества имеется даже такой доклад, как исследование черепов, найденных при раскопке в курганах Игуменского (теперь Червеньского) уезда. В этом периоде больше всего выдавались своими докладами врачи: *Свенцицкий*, *Стратонович*, *Лунц*, *Шацкин* и другие.

Затем наступает 2-й период научной деятельности общества, когда последнее обогатилось вступлением в него целого ряда хирургов: *Яновского*, *Элиасберга*, *Айзенштадта*, *Шапиро*, *Федоровича* и окулиста *Каминского*. *Яновский* первый в Минске проник хирургическим ножем в полость брюшины. Первая лапаратомия в г. Минске, и то при домашней обстановке, была произведена им в 1891 г. С тех пор в заседаниях Общества хирурги беспрерывно докладывали о многочисленных крупных операциях, производившихся ими в больницах и у больных на дому. Особой плодовитостью и блестящей техникой выделялся д-р *Федорович*, который часто обновлял свои знания за границей у Эйзельсберга, Микулича, Ру, Кохера, Кадера и др. По смерти доктора Федоровича в том же духе и в том же направлении работают хирурги *Кодис* и *Козубовский*, которые также все свои знания, все свои наблюдения, весь свой опыт, весь свой научный багаж, несут в Общество врачей. Еще позднее в Общество вступают *Зак*, *Оффенберг*, *Липманов*, *Малькевич*, *Комоцкий*. Еще многим врачам памятны полные глубокого интереса доклады доктора *Зака*, его многочисленные демонстрации больных с самыми редкими формами заболеваний кожи, мочеполового аппарата и нервной системы. Многим из нас еще памятны труды вдумчивого, мыслящего и глубоко образованного врача *Оффенберга*. Скоро в нашу семью стали вступать и женщины-врачи. С докладами *Г. Я. Лифшиц* и *М. А. Петрусевич* не могли конкурировать, по их научной обработке, и труды врачей—их братьев. Они служили украшением общества.

Но вот 1914 г.—раздался грохот пушек, завязалась империалистическая бойня, началось самоистребление человечества. Естественно, что оглушительный треск от разрывавшихся снарядов и беспрерывная канонада служили плохим аккомпаниментом для научных занятий. Кроме того, многие члены Общества очутились на театре военных действий. Общество на время замерло. Но в 1915 г., когда вместе с отступающей русской армией наш город сделался центром всех полевых лечебных учреждений, когда у нас сосредоточились лучшие медицинские силы и они все влились в наше Общество, то понятно, что весь богатый материал по полевой хирургии и другим медицинским дисциплинам разгружался в нашем Обществе. Материал был настолько обилен, что его хватало и на Медико-Хирургическое Общество, основавшееся к тому времени в Минске и существовавшее параллельно с Обществом врачей. Мы тогда слушали доклады профессоров: *Цеге фон Мантейфеля*, *Богораза*, *Петрова*, *Кузнецова*. Мы слушали чуть ли не клинические лекции *Мамонова*, *Лотина*, *Гораша*, *Кроля*, *Панского*, *Наумова*, *Бердяева* и др. Мы увлекались докладами, усыпанными перлами красноречия, д-ра *Николая Ильича Гуревича*.

Так продолжалось до 1917 года, когда Обществу пошел 50-й год. Так Общество Минских врачей в течение 50-ти лет вносило свои крупицы знания в общую сокровищницу, так оно вставляло хоть крохотные буквы в ту великую книгу науки, которой мы призваны служить.

Необходимо еще отметить, что многие члены Общества иногда в качестве делегатов, а иногда по своей доброй воле, бывали на всех Пироговских с'ездах, на всех специальных всероссийских с'ездах и на многих международных конгрессах. Возвращавшись с этих с'ездов и научных поездок, они делились всем виденным и всем слышанным с остальными членами общества.

И периодические медицинские издания, которое Общество выписывало для своей библиотеки, пополняли знания его членов. Так, за первое 25-ти летие Общество выписывало на свои средства 18 русских, 17 немецких, 5 французских и 1 польское издание. Кроме того, Общество ежегодно получало все диссертации, которые выходили из стен Военно-Медицинской Академии (свыше ста названий) и других медицинских факультетов. Общество обменивалось своими „Трудами" с 50 иногородними обществами; оно, наконец, получало в дар много книг от своих членов и от авторов разных медицинских трудов. За 2-ое 25-тилетие количество периодических изданий, диссертаций, отдельных книг и брошюр значительно увеличилось. При библиотеке Общества хранилась еще коллекция редких патолого-анатомических препаратов и альбом с фотографическими снимками.

Медико-санитарная деятельность Общества была еще более разнообразна, более плодотворна, чем научная. Да ведь это должно составлять главную задачу, это должно быть альфой и омегой каждого медицинского Общества. Эта деятельность выразилась в изучении губернии в медико-топографическом и санитарном отношении, в собирании материалов и статистических данных о заболеваемости и смертности в губернии, в изучении условий, под влиянием которых развиваются и распространяются в губернии эпидемические болезни, в изыскании средств к предупреждению и распространению этих болезней и т. п.

Уже первый доклад, прочитанный в первом заседании Общества, гласил: „Топографическое описание г. Речицы". В течение обозреваемого нами периода были описаны все уездные города и местечки губернии в медико-санитарном отношении. Что касается г. Минска, то таких санитарных очерков имеется несколько. Последний и самый подробный принадлежит перу *С. Н. Урванцова*. Неоднократно членами Общества врачей была исследована питьевая вода, которой пользуется население г. Минска. Неоднократно произведены были анализы молочных и других продуктов, продаваемых на местных рынках, исследованы искусственные воды, металлы, употребляемые для лужения и припаивания посуды и т. п.

Перелистывая протоколы Общества, мы видим, что оно проявляло особую энергию и деятельность при угрожавших, надвигавшихся или свирепствовавших эпидемиях. Так, посетившая Минскую губ. в 1867, в 1871 и в 90-ых годах эпидемия холеры возбуждает особый интерес среди членов Общества и борьбе с нею посвящается целый ряд заседаний. То же было и с эпидемией дизентерии в 90-ых годах, при вспышке возвратного тифа, при увеличении числа случаев скарлатины и проч. При этом Общество вырабатывало особые санитарные правила и обязательные постановления. Для регистрации инфекционных заболеваний были установлены регистрационные карточки. Заслуживает внимания установившаяся в Обществе традиция заслушивать

в конце заседания отчет санитарного врача о наблюдающихся в городе случаях инфекционных заболеваний, о так наз. „genius epidemicus“, причем врачи, обмениваясь своими наблюдениями, выясняли характер, форму, особенности и районы, где эти заболевания возникали и где они более всего были распространены.

Обозревая дальше труды Общества, мы наталкиваемся на обсуждение членами Общества самых разнообразных вопросов общественной гигиены и санитарии. Их интересует и гигиеническое состояние казарм, народных училищ, еврейских хедеров, ночлежного дома и даже еврейской „миквы“. Одно заседание было посвящено почти исключительно состоянию ассенизационного обоза в городе Минске. Нет никакой возможности даже перечислить все те вопросы общественной медицины, которых Общество касалось в своих заседаниях. Речь неоднократно шла и о детской смертности, и о доме подкидышей, и о хирургической, окулистической, акушерской помощи, и о призрении душевно-больных, и о борьбе с проституцией, и о размерах распространения сифилиса, и о физическом состоянии новобранцев, и о замене в школах косого письма прямым, и о чуме рогатого скота, и о местах свалки нечистот, и о состоянии Минских кладбищ, и о Плебанской плотине, и о борьбе с фельдшеризмом, со знахарством, повитушеством и с религиозными предрассудками. Много внимания Общество посвятило изучению особой болезни, специфической для нашего края, так называемого колтуна.

Когда в 1908 г. нашу губернию охватил голод или, как начальство приказало тогда его называть „недород“, то Общество врачей, во главе с приехавшим тогда специально для этой цели секретарем Пироговского Общества Д. Н. Жбанковым, обсуждало меры борьбы с голодом и предложило высшей власти в губернии свои услуги, от которых власть отказалась.

Повторяю еще раз, что в сфере разработки вопросов общественной медицины, санитарии и гигиены Обществом сделано так много, что для тех, кто желает работать в этом направлении, имеется готовый богатый материал. В этой сфере много работали санитарные врачи *Грацианов* и *Недзьведзкий*, затем *Урванцов* и *Балковец*.

Общество Минских врачей не довольствовалось одними теоретическими рассуждениями и академическими спорами. Оно старалось придать своим мечтаниям и благим пожеланиям реальную форму, претворить их в жизнь и добиться осязательных практических результатов—и часто это ему удавалось.

Еще на заре своего существования Общество открыло метеорологическую станцию в г. Игумене, и заведывавший ею член-корреспондент общества *Дашкевич*, а впоследствии провизор *Гецов*, присылали в Общество свои наблюдения. Из протоколов Общества почему-то не видно, когда эта станция перестала функционировать.

Вопрос об обеспечении беднейшего городского населения бесплатной медицинской помощью занимал Общество еще с 1871 г. С этого времени Общество стало отчислять из своих сумм определенный процент для открытия амбулатории. Но эта заветная идея осуществилась лишь в 1878 г. Через 2 года, за отказом города в субсидии, она закрылась.

В 90-х годах *Л. Я. Поляк* представил Обществу врачей докладную записку о недостаточности даровой помощи беднейшему христианскому населению г. Минска. В результате, по ходатайству и настоянию Общества, открыта 1-ая городская амбулатория, преобразованная ныне в Центральную Рабочую Амбулаторию. Под сильным давлением и

напором Общества учрежден был штат думских врачей, открыты городская заразная больница, городская аптека и разные другие лечебные учреждения. Городское самоуправление в свое время оценило труды Общества в этом отношении поднесением ему в день 35-летнего юбилея Общества адреса, в котором было сказано, что „Общество являлось одним из главных и при том совершенно бескорыстных помощников городского общественного управления в деле наилучшей постановки оздоровления города и что во многих случаях инциатива разных мероприятий всецело принадлежала Обществу врачей“.

К этому времени относится учреждение Обществом комиссии народных чтений, во главе которой стоял *С. Д. Каминский* с главными сотрудниками *Г. А. Гершуни* и *М. А. Поляком.* Об успехе этих чтений пусть говорят заключительные слова первого отчета комиссии. „Кто видел интерес, возбужденный этими чтениями, напор публики (рабочего населения) и разочарованный вид многих, когда они, за отсутствием мест, не могли попасть на чтение, ту тишину и напряженное внимание, которое господствует во время чтения, тот воочию мог убедиться, как велика жажда народа к свету и знанию и какое доверие внушает ему Общество Минских врачей“.

Так в течение многих лет с неослабевавшим успехом Общество врачей в самой популярной форме сеяло среди народа сведения по анатомии, физиологии, гигиене и по естествоведению вплоть до первого выстрела, раздавшегося под Порт-Артуром. Но все же и впоследствии, при угрожавшей городу какой-либо эпидемии, Общество в разных районах города устраивало народные чтения на трех местных языках на соответствующие темы.—Нужно еще отметить, что в протоколах Общества первых лет имеется указание, что д-р *Архангельский* читал публичные лекции по гигиене, но, повидимому, для более интеллигентных слоев населения.

В 1906-ом году в жизни Общества Минских врачей наступает новая эра, богатая различными начинаниями и достижениями в области практической и общественной медицины, эра, связанная с именем нашего почетного члена *С. Н. Урванцова.* Начиная с означенной даты протоколы Общества пестрят его именем, которое склоняется там во всех падежах. Здесь не место дать оценку всей плодотворной деятельности С. Н. Это было сделано в свое время. Мы ее коснемся лишь постольку, поскольку она тесно и неразрывно связана с Обществом врачей. А связь эта была двоякая. Во-первых, *Урванцов,* как указано в поднесенном ему адресе, „служил стимулом, рычагом, будильником“ для Общества. С тех пор как У. стал во главе медицинского дела в губернии, О-во врачей расправило свои крылья, расширило арену своих действий, сферу и территорию своего влияния. Сделавшись членом Общества, он буквально осаждает его своими отношениями, предложениями и заявлениями, побуждая Общество работать и внося в него свою инициативу. Убедившись, что д-р *Федорович* в течение восьми (!) лет тщетно добивался разрешения на устройство губернского с‘езда врачей и что Общество остыло по отношению к этому вопросу, У. в течение короткого времени сдвинул его с мертвой точки, и в январе 1908 г. состоялся первый, блестящий как по своей внешности, так и по своему внутреннему содержанию. с‘езд врачей Минской губ. С таким же успехом и под тем же девизом (viribus unitis) прошли в 1911-ом и 1914-м г. г. следующие два с‘езда. Мы здесь не будем останавливаться на работах с‘ездов (интересующиеся могут ознакомиться с ними по изданным Обществом трем томам „Трудов“ с‘ездов под редакцией М. А. Поляка), а скажем

только, что все строительство земской медицины в губернии было продиктовано и основано на резолюциях этих с‘ездов.

Связующим звеном между Обществом врачей и земством, проводником предначертаний Общества, был другой член Общества, знаток земской медицины, *С. В. Балковец*. Благодая Обществу врачей и настоянию Б., земство учредило губернский и уездные врачебно-санитарные советы, медико-статнстическое бюро и т. п.

30-го марта 1910 г. члены Общества, проснувшись, нашли у себя на столе первый вышедший в свет номер „Минских Врачебных Известий“. Этот журнал издавался Обществом врачей ежемесячно и заключал в себе оригинальные и реферативные научные статьи, казуистику, обильный материал по освещению местных нужд врачебного дела и врачебного быта, большой статистический материал, отчеты о деятельности различных лечебных учреждений, протоколы Общества Минских врачей, Бобруйского медицинского Общества, с‘ездов земских врачей, таблицы движений инфекционных болезней в губернии, местную медицинскую хронику, законы и распоряжения по врачебной части, письма и корреспонденции и проч. Успех журнала был колоссальный: аудитория Общества врачей значительно расширилась. Не только члены Общества, но и врачи из самых глухих углов губернии и даже врачи, жившие за пределами ее, но имевшие хоть какую-нибудь связь с нашим краем, читали наш журнал и принимали участие в его работе. Подписчиками журнала были также многие лица среднего медицинского персонала. Редактором его был *А. А. Яхнин*, отдавший вместе с инициатором этого издания *С. Н. Урванцовым* этому делу немало энергии и времени. Журнал выходил до июля 1914 г. без всяких перебоев, но когда война отвлекла д-ра Яхнина от мирной работы, то издание его было приостановлено и оно возобновилось лишь в 1915 г. под редакцией *М. А. Поляка* и *Э. Ланда*. Последовавшие затем грозные политические события окончательно прекратили его существование.

В обозреваемом нами периоде на улице врачей был еще один праздник, виновником которого был тот же *Урванцов*. При обсуждении в Обществе врачей вопроса о борьбе с туберкулезом, он внес предложение об устройстве в г. Минске *„Дня Белого Цветка“*. Предложение было принято и в один прекрасный майский день 1911 г. весь город был на улице. Во главе организации этого дня стоял *д-р Федорович*. Материальный успех был неожиданный. Тоже повторилось и в следующем году. Собранные суммы дали возможность открыть *амбулаторию для туберкулезных* больных, на фундаменте которой возник впоследствии туберкулезный диспансер.

Не будем здесь останавливаться на других практических результатах, достигнутых Обществом, благодаря инициативе и поддержке *Урванцова*. Я хочу здесь подчеркнуть другую форму связи между официальным представителем медиц. дела в губернии и Обществом врачей. Будучи облечен всеми полномочиями своею властью проводить в жизнь всякие мероприятия в деле здравоохранения, У. однако лишь в редких случаях обходился без совета Общества врачей. Во всех подобных случаях он обращался к Обществу, чтоб услышать его компетентное мнение, чтоб получить от него санкцию. Намеревался-ли он организовать или реорганизовать какое-нибудь лечебное учреждение, хотел-ли он открыть зубоврачебную или другую какую-нибудь школу, хотел-ли он бороться с врачебными рекламами, замышлял ли он ночные дежурства, скорую помощь и т. п., он в этих случаях раньше всего хотел услышать авторитетный голос Общества врачей; во всех созданных

им комиссиях он прежде всего хотел видеть делегатов от Общества врачей; словом—он, как строитель здания, желал, чтобы эта постройка воздвигалась под наблюдением и контролем сведущего лица, а таковым он считал Общество врачей. Таким же советником, экспертом и сотрудником служило Общество врачей для городского и земского самоуправления и для других общественных и филантропических учреждений; короче говоря, Общество врачей служило чем-то в роде *ученого медицинского совета*.

Заканчивая обзор деятельности Общества по общественной медицине, надо сказать, что Обществом были тереотически разработаны еще многие другие вопросы, но они остались pium desiderium или из-за отсутствия материальных средств или по так называемым тогдашним „независимым обстоятельствам“. Ut desint vires, tamen est laudanda voluntas.

Занимаясь вопросами научной и общественной медицины, Общество врачей в то же время не осталось равнодушным к политической жизни страны. В этом отношении Общество было самым чувствительным барометром, реагировавшим на малейшую перемену политической погоды. Конечно, до 1904 г., когда вся Россия была скована и находилась в руках самодержавия, то и в Обществе врачей крайне редко раздавались робкие голоса протеста. Так, в 1898 г. после доклада одного из членов Общества об известных ему случаях применяемого в Минской губ. (horribile dictu)... телесного наказания, Общество выступило с горячим протестом против этого позорного явления. Но, начиная с 1904 г., когда впервые было произнесено слово „доверие“ и послышались весенние мотивы, то не было ни одного заседания, в котором Общество не выражало бы своего негодования против произвола и насилия, царившего тогда в России. Все, что тогда волновало лучших русских людей, громким эхом отзывалось в нашей врачебной семье. Особенно это выявилось в публичном заседании Общества врачей, состоявшемся в Городской Думе при громадном стечении народа, в присутствии представителей всех слоев населения, где *М. А. Поляком* был прочитан доклад на тему: „Врачебно-санитарное дело в связи с условиями русской жизни“. Доклад послужил искрой, от которой воспламенился весь зал. Все присутствующие были об‘единены одной мыслью, одним чувством; у всех на устах были одни слова, одни возгласы, один лозунг: „долой самодержавие“. Он впервые раздался в общественном месте и вырвался у всех единодушно и громогласно. Впервые здесь были разбросаны и розданы прокламации.

Было еще много подобных политических выступлений и вообще члены Общества пользовались всяким случаем, чтобы так или иначе заклеймить существовавший тогда строй. Так, когда царское правительство запретило старейшему московскому университету отпраздновать его 150-летний юбилей, то Общество послало университету свой пламенный привет и горячий протест против царского насилия. Оно возмущалось и негодовало, когда произошло избиение полицией рабочих, собравшихся на сходку. Трудно забыть то экстренное заседание врачей, состоявшееся вслед за Курловским расстрелом на площади Виленского вокзала.

Когда при последовавшей затем реакции по всей России были расставлены Столыпинские висельницы, Общество врачей не могло молчать и вынесло резолюцию протеста против смертной казни, за что Общество чуть не поплатилось своим существованием.

Да вообще все доклады членов Общества, в которых затрагивались вопросы медико-санитарного и общественного характера, конча-

лись беспощадной критикой условий русской жизни. Говорил-ли д-р Розенберг о мероприятиях против заноса эпидемии, трактовал-ли д-р Ульянов о санитарных условиях города, писал-ли д-р Балковец о дефектах земской медицины, шла-ли речь в Обществе о борьбе с туберкулезом и другими социальными болезнями, обращался-ли д-р Яновский в публичных заседаниях к присутствующим с какой либо речью — повсюду и везде сквозила одна мысль, звучала одна нота, всюду проходили красной нитью слова нашего учителя Вирхова, что „медицина не в состоянии успешно бороться с болезнью и смертью, если вся государственная политика систематически держит народ в бедности, невежестве и под гнетом". И каждый такой доклад, каждое такое заседание заканчивалось любимою арией *С. Д. Каминского* „Карфаген должен быть разрушен!"

Общество пользовалось всяким случаем, чтобы выявить свою ненависть к самодержавному строю и свои симпатии к лучшим русским людям, к борцам за лучшую жизнь и к революционерам. Оно выбирало в свои почетные члены тех русских профессоров и ученых, которые подвергались гонениям за свои убеждения. Оно при всяком удобном случае чтило память Пирогова, давая волю волновавшим его чувствам. Оно почтило память Л. Н. Толстого в такое время, когда его имя чуть было не запрещено произносить вслух. Оно почтило память д-ра Караваева, убитого членом союза русского народа. Оно искренне горевало, когда умер бывший член общества Григорий Андреевич Гершуни. И оно все это делало открыто, гласно, часто даже в присутствии властей.

Нельзя при этом пройти мимо той роли, которую играл во всех политических выступлениях О-ва председатель его *Ричард Карлович Яновский*. Он, как полководец, стоял на вершине и командовал своей армией; он, как смелый и бесстрашный пловец, поднимал свой корабль на гребень общественных волн; иногда он, как простой рядовой, своей храбростью увлекал своих собратьев в бой. Его слово, его возглас, его призыв, одно его пребывание на передовых позициях заставляло многих наших товарищей выйти из своих берлог, из своих нор, из своей скорлупы, из своих футляров.

Я хочу еще остановиться на одной роли О-ва, которую оно играло в жизни самих врачей. Эта роль была воспитательная. Оно воспитывало в каждом отдельном члене чувство долга по отношению к больным и регулировало взаимоотношения между собою,—словом, оно охраняло основы врачебной этики. Еще в 1886 г. оно выработало этический устав О-ва, регламентировавший отношения врачей друг к другу и к публике. Позднее д-р *Малькевич* говорил о новых стремлениях в этой области, а к концу полувекового существования О-ва поручено было комиссии во главе с *д-ром Каминским* разработать новый этический устав.

Велико было влияние отдельных членов О-ва на каждого товарища. Один из наших товарищей однажды выразился так: „когда я в некоторых случаях колеблюсь в выборе образа действий, то я спрашиваю себя, как поступил-бы в данном случае д-р *Оффенберг*, служивший образцом честности и корректности. Однажды один из членов О-ва совершил неблаговидный поступок, о котором были осведомлены многие из наших товарищей, и он, бывший ревностным посетителем заседаний О-ва, прекратил свои посещения и избегал встречи с товарищами. Другой член О-ва, несколько раз нарушивший правила врачебной этики, вынужден был сложить с себя это звание. И это было тогда понятно: оба они не могли входить в зал заседаний, со стен которого на них укоризненно смотрели бы портреты Вирхова,

Пирогова, Манассеина, Чистовича и др.; им было бы совестно пожимать благородные руки *Стржалко*, *Яновского*, *Пилемана*, *Леймбаха*, *Валка*, *Розенберга*, *Ульянова* и честнейших братьев *Гершуни;* они не могли бы смотреть прямо в светлые глаза врача-страстотерпца, врача с ореолом Гааза, врача-гуманиста д-ра *Недзьведзкого*. Общество имело таким образом свои образцы, свои модели нравственной чистоты.

Впрочем, и само О-во в целом имело для себя образец в лице Пироговского О-ва, заветам и идеалам которого оно постоянно следовало и с которым оно находилось в тесной связи. Во всех своих действиях, во всех своих выступлениях О-во Минских врачей руководилось указаниями Пироговского О-ва, и стоило последнему лишь сказать слово, дать сигнал, как Минское, также и другие российские медицинские Общества, вылезали из окопов и неуклонно следовали по тому пути, где маячили огни Пироговского О-ва.

Мы подходим к концу. Мы таким образом сделали в самых кратких чертах обзор научных занятий О-ва, его практических работ по санитарии и общественной медицине, политической деятельности и его влияния на взаимоотношения между его членами. Само собой разумеется, что исчерпать в этом очерке весь материал, накопившийся за 50 лет, нет возможности. Деятельность О-ва была слишком разнообразная и многогранная. Достаточно сказать, что в трудах О-ва имеются даже два доклада по эсперантизму. Мы не упомянули также о тех докладах, имевших широкий общественный характер, с которыми врачи выступали на публичных и торжественных заседаниях. Мы не говорили о том единении, которое существовало между О-вом врачей и населением, о симпатиях, которым О-во пользовалось среди всех слоев населения, об актах благодарности. о чествованиях, о праздничных и траурных днях на улице врачей и т. п.

Так было до 1917 года, т. е. до того момента, когда О-ву минуло 50 лет. Наступил момент, когда рухнуло старое сгнившее здание и колесо истории стало делать быстрые повороты. Пред русским человеком выросли новые задачи, открылись широкие, необ'ятные горизонты. Естественно, что Общество врачей, как песчинка в бушующем океане, не могло играть роли; оно отошло на задний план; оно стало хиреть. Оно выделило из себя профессиональный союз врачей, который при немецкой и польской оккупации влачил жалкое существование и на буксире которого тащилось О-во. Пульс О-ва стал замедляться, сделался аритмичным и 30-го марта 1919 г., оплакивая четырех своих членов, умерших на посту от сыпного тифа, само скончалось без исповеди, без напутствия, без надгробного слова.

На смену О-ву пришла секция врачей при Союзе Медсантруд. Здесь врачи время от времени делали научные доклады, но эти собрания носили случайный, спорадический характер. И сама секция в то время не имела прочной базы и часто подвергалась различным колебаниям. Отчеты Бюро Секции неоднократно орошались обильными слезами. Но к счастью

„Терны и слезы,
Улыбки и розы
И сеются разом
И вместе цветут".

И вот такая улыбка появилась 31-го декабря 1921 г., когда советская власть утвердила устав „Научного Общества Минских врачей". О-во таким образом воскресло, возродилось. С этой даты начинается 1-ая глава 2-го тома истории Общества Минских врачей.

Vivat, crescat, floreat Societas medicorum Minscensis!

25-го января 1922 г.

# Гістарычны агляд разьвіцьця акушэрскай дапамогі на Беларусі.

М. О. Говар.

На першым з'езьдзе ўрачоў Менскай губ. ў 1908 г. доктар Бэрман сказаў: „Дапамога пры радзінах так-жа стара, як і род чалавечы". Вядома, ён меў на ўвазе не спэцыяльную акушэрскую дапамогу, а народную дапамогу ва ўсіх яе відах. Трэба сказаць, што кожны народ меў і мае да гэтага часу свае асабістыя віды дапамогі ў гэтай галіне, якія залежаць ад ступені культурнасьці народу, ад быту і натуры яго. Беларускі народ таксама меў і мае сваё ўласнае народнае акушэрства, якое па славах доктара Сіцынскага так характэрызуецца: „У аснове беларускага народнага акушэрства ляжыць шмат забабонаў, цемнаты і нават лютасьці" (апублікавана ў 1893 г.). Але ў гэтым кароткім аглядзе я ня буду застанаўлівацца на гісторыі разьвіцьця народнага акушэрства і відах яго на Беларусі, бо гэта больш належыць да этналёгіі, я-ж хачу даць на падставе статыстычных даных сьціслы малюнак разьвіцьця на Беларусі спэцыяльнай мэдыцынскай дапамогі пры радзінах, як-та: 1) калі зарадзілася гэта дапамога; 2) якія этапы разьвіцьця яна прайшла і які тэмп гэтага разьвіцьця; 3) сучаснае становішча дапамогі і 4) пэрспэктывы ў будучым гэтага віду мэдыцынскай дапамогі.

Калі аглянуцца ў ня надта далёкае мінулае Беларусі, так гадоў каля 60 таму назад, то ня толькі акушэрскай дапамогі, а наогул ніякай дзяржаўнай мэдыц. дапамогі ня было. Гэты пэрыяд можна адзначыць цёмнай плямай, дзе панавала адна жудасьць. Шырока разгорнута была сетка толькі „народных лекароў", сярод якіх былі спэцыялістыя ва ўсіх галінах: былі „хірургі" з загаворамі і з ніткамі пры пераломах і зашыбах, былі „вачнікі" з цалебнаю сьвятою вадою, былі тэрапэўты з рознымі зелкамі, былі і „акушэркі", якія сваёй катаванай дапамогай заганялі без пары на той сьвет здаровых жанчын.

Усе гэтыя віды народнай мэдыцыны сьведчаць аб нізкай ступені культурнасьці беларускага народу таго часу, да і цяпер яшчэ шмат у якіх мясцох жыве гэта „мэдыцына", больш, бадай, чым у іншых краінах Саюзу,—хіба украінскія глухія мясцовасьці могуць яшчэ „супраціўнічаць".

Гэты мінулы пэрыяд я назаву—пэрыяд без дапамогі, які цягнуўся да 1869 г. З гэтага году пачынаецца пэрыяд спэцыяльнай мэдыц. дапамогі, калі было ўвядзеньне сельскай мэдыцыны. Гэта дата і зьяўляецца пачаткам разьвіцьця спэцыяльнай акушэрскай дапамогі на Беларусі.

Фактычна гэта ўвядзеньне сельскай мэдыцыны насельніцтву нічога не дало, бо на ўезд з 200.000 насельн. быў прызначаны толькі 1 урач і 3 акушэркі і па сутнасьці спэц. акушэрскай дапамогай насельніцтва не карысталася.

На такое плачэўнае становішча акушэрскай дапамогі зьвярнуў нават увагу губэрнатар пры аб'езьдзе, у выніку чаго выдаў у 1876 годзе цыркуляр пасрэднікам аб прыняцьці мер да палепшаньня акушэрскай дапамогі. Але губэрнатарскі цыркуляр, да яшчэ да пасрэднікаў,

вядома, нічога ня мог даць, бо сетка лекавых установ і лік пэрсаналу засталіся тыя самыя, а значыць і дапамога засталася тая самая.

Для характэрыстыкі даволі паказаць такі факт, як за 15 гадоў (1875—1889 г.) ва ўсіх лекавых установах б. Менскай губ. было ўсяго 217 радзільніц, што дае ў сярэднім 0,85 радзільніцы ў год на 1 бальніцу; радыус абслугоўваньня быў у сярэднім 55 вёрст. Гэткія лічбы гавораць самі за сябе.

Гэты першы пэрыяд у такім становішчы цягнуўся 21 год (1869—1890 г.). У 1890 годзе была праведзена рэформа—замест 1 урача на 200 тыс. насельн. стала 2 урачы, а лік акушэркаў застаўся той самы.

Гэткай „буйнай рэформай" пачынаецца другі пэрыяд, які таксама як і першы можна назваць толькі выабражаемым, бо фактычнага нічога ня было, калі на 1 урача прыходзілася 100.000 насельн. і радыус абслугоўваньня 40 вёр. і на 1 акуш. прыпадала 67.000 насельніцтва.

Гэта рэформа надта яскрава характэрызуе тэмп разьвіцьця мэд. дапамогі—за 21 год дадалі па 1 урачу на павет.

Цікава прывясьці лічбы, якія характэрызуюць мэд. дапамогу пры радзінах гэтага пэрыяду: у 1893 г. па вылічэньнях д-ра Сіцынскага акушэрскай дапамогай карысталася 1,12 проц. рожаніц, а каля 99% рожаніц было, такім чынам, у руках бабкаў. Вядома, і гэты 1 проц. прыпадаў на гарады, а сялянства заставалася бяз усякай дапамогі. У першым пэрыядзе, трэба думаць, што проц. дапамогі быў шмат яшчэ ніжэй. Гэты другі—аднапроцантны пэрыяд цягнуўся 14 г. (1890—1903 г.).

З 1903 г. пачынаецца 3 пэрыяд, калі мэдыцына перадаецца губэрскаму камітэту па справах земскай гаспадаркі. Гэты пэрыяд цягнуўся да 1911 г.—да ўвядзеньня земства. У пачатку гэтага пэрыяду па даных д-ра Бэрман на з'езьдзе ўрачоў у 1908 г. спэцыяльнай акушэрскай дапамогай карысталася 1,35 проц. рожаніц, за 15 гадоў павысілася дапамога толькі на 0,23 проц.

Як сумны вынік з усяго гэтага ва ўсе вышэй памянёныя пэрыяды адзначаецца ўсімі ўрачамі надта высокая сьмертнасьць на Беларусі ад радзільнай гарачкі. Ува ўсей Расеі таго часу налічвалася 30000 выпадкаў сьмерці у год ад радзільнай гарачкі, што дае прыблізна 5 выпадкаў сьмерці на 1000 радзіўшых жанчын. Гэткі вывад зроблен з наступнага разьліку: насельніцтва ў Расеі па перапісу 1897 году было 129 міл.; раджаемасьць гэтых гадоў азначалася 47 на 1000 нас., што дае 6 міл. радзіўшыхся, значыць з такога-жа ліку радзіўшых жанчын памірала 30000, або 5 на 1000. У Беларусі, трэба думаць, каэфіцыент сьмяротнасьці быў яшчэ вышэйшы, бо як на першым зьезьдзе ўрачоў у 1908 г., так і на другім зьезьдзе ў 1911 г. адзначалася вялікая сьмертнасьць ад радзільнай гарачкі ў б. Менскай губ.—вышэйшая, чым у іншых мясцовасьцях, але за адсутнасьцю дакладных даных няможна вывесьці каэфіцыента, ва ўсякім разе ён быў ня ніжэй 5 на 1000, што лічыцца даволі высокім, бо 5 жанчын з 1000 радзіўшых у рабочым узросьце гіне толькі таму, што няма належнай дапамогі.

Прыведзеныя даныя паказваюць, у якім няўцешным становішчы знаходзілася радзільная дапамога 19 гадоў таму назад (у 1908 г.).

У 1911 г. на другім зьезьдзе ўрачоў д-р Іоэльсон у сваім дакладзе адзначыў, што дапамога пры радзінах мала павялічылася на Беларусі, і ўносіў прапанову на зьезьдзе зьвярнуць асаблівую ўвагу на такое жудаснае становішча радзільнай дапамогі.

Але тут трэба адзначыць новыя прычыны, акрамя нездавальняючай сеткі, якія перашкаджалі разьвіцьцю акушэрскай дапамогі. Глядзячы з надворнага боку, здавалася, што ў гэтыя гады шмат павінна была-бы павялічыцца дапамога пры радзінах, бо калі параўнаць сетку

лекавых установ, то убачым, што яна значна павялічылася—да прыняцьця мэдыцыны губэрскім камітэтам па справах земскай гаспадаркі (да 1903 г.) радыус урач. вуч. быў 40 вёр., а ў 1911 г. радыус быў ужо 23 в. і насельніцтва на 1 урача было ня 100 тыс., а 41 тыс. і на 1 акуш.—44 тыс. (на 50 проц. павялічылася сетка), а радзільная дапамога за 8 гадоў павялічылася на 1,65 проц. (у 1903 г. радзільн. дапамогай карысталася 1,35 проц. рожаніц, а ў 1911 г. 3 проц.), як відаць, процант невялікі.

Справа ў тым, што сярод сялянства ня было давер'я як акушэркам, так і ўрачом, асабліва ў галіне акушэрства.

Вельмі моцна сядзеў яшчэ ў душы беларуса абраз знахара і бабы-шаптухі, якіх цёмнае сялянства не хацела прамяняць на культурных працаўнікоў, тым болей, што акушэркі ня выконвалі пры радзінах рэлігійных абрадаў, што рабілі бабкі і чаму прыдавалі вялікае значэньне на вёсцы.

Такім чынам, разьвіцьцю, акушэрскай дапамогі на Беларусі надта перашкаджала цемра беларуса. Лік акушэрак ужо значна павялічыўся але яны „нылі ад беспрацоўя і з нецярплівасьцю чакалі, калі іх паклічуць на радзіны“, па славах акушэркі Дарафеявай (1-шы з'езд урачоў 1908 г.).

Вось дзе крыецца прычына нязначнага павялічэньня акушэрскай дапамогі пры значным павялічэньні сеткі лекавых установ і пэрсаналу. За пэрыяд 1903—1911 г. шмат было ўжо зроблена да прыбліжэньня мэддапамогі насельніцтву, але апошнае адгароджана было ад гэтага сьцяною цемры.

Д-р Сяліцкі так казаў у гэтыя гады—„земскаму ўрачу больш, чым каму бы то ні было, прыходзіцца сустракацца з народнай цемрай і забабонамі, што становіцца поперак дарогі ўсяе дзейнасьці ўрача“.

Памянёная мною вышэй прычына і была той вялікай перашкодай разьвіцьця акушэрскай дапамогі ў тыя гады, калі мэдпэрсанал „ныў ад беспрацоўя“, а народныя лекары разьвівалі сваю дзейнасьць.

З 1911 г. пачынаецца 4 пэрыяд—земская мэдыцына. Да 1914 г. радыус урач. вучастку дайшоў з 23 вёр. да 19 вёр. (значнае павялічэньне сеткі), на 1 урача прыходзілася ўжо толькі 25 тыс. насельн. і на 1 акуш. 35 тыс. Дасягненьне вялікае за 3 годы, але калі возьмем лічбы дапамогі пры радзінах, то відаць будзе, як адставала яна ад тэмпу разьвіцьця лекавых установ. Радзільнай дапамогай карысталася радзіўшых жанчын: у 1911 г. 3%, у 1912 г. 3,4%, у 1913 г. 3,6% рост дапамогі, як відаць, надта слабы.

На гэтым абрываецца земскі пэрыяд мэдыцыны на Беларусі імпэрыялістычнай вайной у 1914 г., якая зьнішчвае ўсё будаўніцтва дашчэнту і да 1920 году застаецца пустое месца. Ніякіх даных за гэты пэрыяд няма, да і ня было аб чым сабіраць іх.

З 1920 году на руінах галоднай і абарванай Беларусі засноўваецца савецкая мэдыцына. Няма бальніц, якія зьнішчаны былі палякамі і імпэрыял. вайной, няма сродкаў на пабудову іх і на ўтрыманьне пэрсаналу і няма ніякай спадчыны. Пры такіх жудасных умовах пачынаецца 5 пэрыяд. Як відаць, ніводны з папярэдніх пэрыядаў не пачынаўся такою цёмнаю старонкаю свайго жыцьця. Да 1923 году ня было яшчэ строга плянавага будаўніцтва ў гэтай галіне і як агульная мэд. дапамога насельніцтву, так і акушэрская ў гэтыя гады была яшчэ надта ў дрэнным становішчы на вёсцы. У гарадох, праўда, шмат было лепей. Участковыя-ж б-цы пуставалі, бо ня было апалу, ня было харчоў і ня было мэдыкамэнтаў. З 1923 г. пачынаецца плянавае будаўніцтва ў гэтай галіне.

Да 1924 году ніякіх статыстычных матар'ялаў няма аб радзільнай дапамозе, і трэба думаць, што яна была зусім нязначная ў гэтыя гады.

З 1924 г. ўжо маюцца больш-менш дакладныя весткі аб сетцы лекавых устаноў, аб дзейнасьці іх і аб акушэрскай дапамозе. Калі ўзяць статыстычныя даныя за 1924, 1925 і 1926 гады, то малюнак будзе гэткі аб мэддапамозе насельніцтву:

| ГАДЫ | Радыус урач. вуч. | Колькасьць жыхароў на 1 урача | Колькасьць жыхароў на 1 акушэрку |
|---|---|---|---|
| 1924. . . | 14 в. | 7.398 | 16.260 |
| 1925. . . | 13,5„ | 6.870 | 17.900 |
| 1926. . . | 12,7„ | 4.804 | 12.400 |
| 1927. . . | 11,8„ | 4.612 | 10.000 |

Гэтыя даныя паказваюць, наколькі прыблізілася мэддапамога да насельніцтва за такі кароткі пэрыяд будаўніцтва ў параўнаньні з мінулымі пэрыядамі. Радзільная дапамога таксама значна павялічылася, што відаць з наступных даных:

Колькасьць выпадкаў дапамогі пры радзінах на 100 радзіўшых

| ГАДЫ | Па БССР | У акруговых гарадох | У іншых мясцовасьц. |
|---|---|---|---|
| 1925. . . | 12 | 75 | 7 |
| 1926. . . | 14 | 82 | 8 |

Агульная лічба па БССР у параўнаньні з 1913 г. павялічылася ў 4 разы. У даваенныя гады тэмп павялічэньня дапамогі за год —0,2% а цяпер 2% (у 10 раз больш).

Як відаць, лічбы акушэрскай дапамогі ў акруговых гарадох даволі высокія, але трэба ад іх адкінуць процантаў 8 у сярэднім на сялян, якія праходзяць па гарадзкіх радзільных дамох, так што ў гарадох будзе прыблізна 75—80 проц. дапамогі, а ў раёнах 10 проц. У акруговых гарадох амаль што ўсе ўжо 100 проц. працоўных жанчын забясьпечана радзільнай дапамогай, калі прыняць пад увагу, што 20—25% непрацоўны элемэнт, які карыстаецца прыватнай дапамогай.

У раёнах, як відаць, яшчэ ўсё-ткі нязначны процант ахоплен акушэрскай дапамогай. Але калі параўнаць з мінулымі гадамі, то ўбачым значны рост у гэтай галіне. Вось што кажуць нам лічбы.

Колькасьць радзіўшыхся на 1 акушэрку

У 1908 годзе—2.703 дзяцей
„ 1912 „ 1.582 „
„ 1913 „ 1.371 „
„ 1925 „ 730 „
„ 1926 „ 503 „

Гэтыя лічбы характэрны ў тых адносінах, што ў дарэвалюцыйныя гады акушэркі пры поўнай нагрузцы маглі-б абслужыць у сярэднім каля 8—10 проц. рожаніц (з разьліку 100—120 родаў у год на 1 акушэрку); абслужывалася фактычна 3 проц. разам з урачамі, так што недагрузка акушэрак па спэцыяльнасьці была каля 80 проц., што пацьвярджае памянёная вышэй „ныцьцё ад безрабоцьця". Калі ўзяць даныя за 1925 г. і 1926 г., то будзе гэткая карціна ў раёнах:

а) у 1925 г. у раёнах радзілася 159.159 дзяцей, акушэрак у гэтым годзе было 165, значыць на 1 акушэрку прыпадае родаў 960 пры радыусе абслугоўваньня 12 вёр., а фактычна ў сярэднім у гэтым годзе прыхо-

дзіцца родаў на адну акушэрку 67—70 (7—8 проц.). Нармальна адна акушэрка ў год пры сучасных умовах можа прыняць 150 родаў, у сярэднім, а прыпадае 960 родаў, значыць, магла абслужыць у гэтым годзе толькі каля 16 проц. рожаніц, абслугоўвае-ж фактычна 7--8 проц., значыць, недагрузка акушэркі па спэцыяльнасьці выражаецца каля 50 проц.

б) у 1926 годзе ў раёнах радзілася 161.316 дзяцей, акушэрак у гэтым годзе было 257, значыць, на 1 акушэрку прыпадае родаў у сярэднім 627 (на 333 меней, чым у 25 г. ), фактычна ў гэтым годзе прынята ў сярэднім адной акушэркай 54 родаў (8--9 проц.). З разьліку нормы магчымасьці прыняцьця родаў у 25 годзе выходзіць, што ў 26 г. 1 акушэрка магла-б абслужыць ужо каля 25 проц. рожаніц, абслужана-ж фактычна 8—9 проц.—значыць, недагрузка акушэркі па спэцыяльнасьці каля 60 проц. Недагрузка павялічылася ў параўнаньні з 25 г. і трэба думаць, што яна павялічылася за кошт тэмпу павялічэньня акушэрскай сеткі, бо наогул процант абслужваньня большы і большы процант недагрузкі, значыць, акушэрская сетка павялічваецца шпарчэй, чым зварочваемасьць за дапамогай. Гэта надта цікавы момант.

Такім чынам, сетка забясьпечвае акушэрскай дапамогай па даных 1926 г. на 25 проц., абслужана-ж каля 9 проц., значыць, каля 16 проц. не зварочваюцца за дапамогай, якую фактычна маглі-б атрымаць.

У гэты разьлік не ўваходзяць лічбовыя даныя аб абортах, якія дадаюць нагрузку пэрсаналу, у асаблівасьці ў гарадох. Па даных рэгістрацыі лекавых устаноў рух абортаў за апошнія гады знаходзіцца ў такім становішчы: на 100 радзіўшыхся прыходзіцца абортаў

| Гады | У акруговых гарадох | У іншых мясцовасьцях |
|---|---|---|
| 1924 г. . . . | 39.2 | 2.0 |
| 1925 г. . . . | 52.1 | 2.6 |
| 1926 г. . . . | 62.4 | 3.6 |

Цікава яшчэ адзначыць, у якіх выпадках зварочваюцца цяпер у сельскіх мясцовасьцях за акушэрскай дапамогай, бо па даных д-ра Бэрмана і Іоэльсона (1908 г. і 1911 г.) у тыя гады большасьць зварочваліся за акушэрскай дапамогай пры такіх абставінах: „едзе селянін за акушэркай ці за доктарам і купляе разам палатна на сарочку і на труну“, значыць, зварочваліся толькі пры паталёгічных радзінах. Цяпер-жа некалькі інакшая карціна:

а) у 1925 г. пры нармальных радзінах выпадкаў акушэрскай дапамогі зарэгістравана 9.559, а пры паталёгічных 1.397, значыць, 86 проц. зварочваюцца пры нармальных радзінах за дапамогай.

б) у 1926 г. пры нармальных радзінах зарэгістравана 12.416, а пры паталёгічных 1.420—89 проц. пры нармальных радзінах. Гэтыя даныя сьведчаць аб росьце сьвядомасьці сялян.

Разгледзеўшы ўсе гэтыя лічбовыя даныя ў параўнаньні з мінулым, мы бачым, што дапамога пры радзінах у сельскіх мясцовасьцях значна ўзрасла за кароткі пэрыяд, і тэмп гэтага ўзрастаньня ідзе даволі шпарка. Цяпер цікава разгледзець, ці адбіўся гэты ўзрост дапамогі на сьмяротнасьці жанчын ад радзільнай гарачкі.

Як я ўжо вышэй упамінаў, па даных зьезду ўрачоў 1908 і 1911 г.г. умірала ад радзільнай гарачкі 5 на 1.000 радзіўшых. Калі ўзяць даныя за 1924 і 1925 г., то будзе гэткая карціна:

у 1924 г. радзілася ўсяго па БССР 159.010 дзяцей, у 1924 г. памерла ад радзільнай гарачкі 47 рожаніц, значыць, каэфіцыент сьмяротнасьці 0,3 на 1.000 радзіўшых; у 1925 г. радзілася ўсяго па БССР

172.335 дзяцей, у 1925 г. памерла ад радзільнай гарачкі 68 рожаніц, значыць, каэфіцыент сьмертнасьці 0,4 на 1.000 радзіўшых.

Да гэтых параўнальных лічбовых даных ня трэба нічога дадаваць. Такім чынам, мы бачым, што сьмертнасьць рожаніц ад радзільнай гарачкі адваротна прапарцыянальна росту акушэрскай дапамогі+культурнасьць насельніцтва. Ніводная галіна мэдыцыны ня мае такой буйнай заваёвы ў барацьбе са сьмертнасьцю, як акушэрства, прычым гэтай заваёве трэба аддаць вялікую ўвагу, бо тут сьмерць уносіць якраз толькі працаздольную частку насельніцтва, чым паніжае і так самы нізкі ў нас у параўнаньні з Заходняй Эўропай проц. рабочай часткі насельніцтва (у Францыі 52,6 проц. рабочага насельніцтва, у Бэльгіі 47,6 проц., у Нямеччыне 47,0 проц., у Расеі 45,8 проц.).

Неабходна яшчэ адзначыць, што ад іншых хваробаў цяжарнасьці і ўскладненьняў радавога акту памерла рожаніц па даных 24 і 25 г. г. 3,6 на 1.000 радзіўшых,—лічба даволі значная яшчэ.

Разгледзеўшы вышэй прыведзеныя даныя відаць, якія этапы разьвіцьця прайшла акушэрская дапамога на Беларусі і на якой ступені яна стаіць цяпер. Яшчэ далёка да ідэалу ў сельскіх мясцовасьцях, дзе 75 проц. рожаніц яшчэ не забясьпечана спэц. дапамогай, але прымаючы пад увагу адзначаны вышэй тэмп разьвіцьця акушэрскай дапамогі за апошнія гады і рост сьвядомасьці сялян—можна з упэўненасьцю сказаць, што цераз 10 гадоў ужо ня будзе месца на вёсцы бабкам павітухам і кожная рожаніца зможа атрымаць рацыянальную дапамогу.

Як бачылі вышэй, справа ня толькі ў сетцы акушэрскіх пунктаў, але і ў культурнасьці насельніцтва, якое яшчэ і цяпер на 50 проц. не нагружае акушэрак, значыць, ня толькі трэба павялічваць сетку, а паралельна трэба павялічваць санітарную асьветную працу сярод жанчын і палепшыць якасьць гэтай працы, каб яна прывяла жанчыну да разумнай дапамогі.

Калі прагледзець тэмы па санасьвеце, то нідзе няма тэмы аб акушэрстве для жанчын, і акушэркі ня прымаюць зусім ніякага ўдзелу ў гэтай важнай галіне працы, а між тым яны маглі-б зрабіць надта шмат у сэнсе прыбліжэньня сябе да сялянкі і пры сучасных умовах дапамогай маглі-б карыстацца ня 10 проц. рожаніц, а 30 проц.

Для большай нагляднасьці аб этапах разьвіцьця радзільнай дапамогі зьмяшчаю табліцу, якая паказвае дынаміку ў гэтай галіне мэдыцыны.

| | I пэрыяд 1869—1890 г. (21 год) | II пэрыяд 1890—1903 г. (14 год) | III пэрыяд 1903—1911 г. (8 год) | IV пэрыяд 1911—1915 г. (4 гады) | V пэрыяд 1921—1927 г. (6 год) |
|---|---|---|---|---|---|
| Колькасьць жых. на 1 урача . . . . | 200.000 | 100.000 | 41.000 | 25.000 | 4.612 |
| Колькасьць жых. на 1 акушэрку. . . | 67.000 | 67.000 | 44.000 | 35.000 | 12.380 |
| Сярэдні радыус урач. вучастк. . . . . | 55 вёр. | 40 вёр. | 23 вёр. | 19½ вёр. | 11,8 вёр. |
| Колькасьць радзіўшыхся на 1 акуш. | — | — | 2.700 | 1.476 | 611 |
| Магчымы % акуш. дапамогі . . . . | — | — | 3 % | 9 % | 30 % |
| Факт. % дапамогі пры радзінах . . . . | — | 1.12 % | 1,35 % | 3.5 % | 14 % |
| Сьмертнасьць ад радзільнай гарачкі на 1.000 рожаніц . . | — | — | 5 | — | 0.35 |

## Клиническая медицина

# Клинические итоги периартериальной симпатектомии.

Проф. **С. М. Рубашев**

(*Минск*).

Настоящим годом рождения периартериальной симпатектомии нужно считать 1914 г., когда Leriche начал ее систематическое изучение и пропаганду. Прошло больше 13 лет, собран большой материал; естественно поставить вопрос об итогах, и именно клинических, так как вопросы теоретические в этой области еще очень далеки от разрешения. С клинической точки зрения я полагаю возможным в предлагаемой статье ответить на следующие вопросы:

1. Каковы клинические результаты периартериальной симпатектомии?
2. Каковы осложнения при п. с?
3. Что дает п. с. в сравнении с другими оперативными вмешательствами?
4. Каковы показания и противопоказания к п. с.?

Освещая данные периартериальной симпатектомии только с точки зрения практической, я буду в дальнейшем избегать всего того, что может быть спорным с точки зрения генеза явлений и их об'яснения.

Для ответа на поставленные вопросы я располагаю литературными данными более чем 250 авторов; среди этих данных находится и собранная мною среди русских хирургов анкета. Мой собственный материал равняется 44 случаям п. с.; он тонет, конечно, среди всей массы литатурных цифр, но позволяет мне судить о некоторых вопросах с точки зрения личного опыта. Число операций превышает полторы тысячи; в виду неясности некоторых цифр и в виду моего желания возможно большей об'ективности я при общих вычислениях буду исходить из цифры в 1500 случаев до 1927 г.

## I. Результаты периартериальной симпатектомии.

### Каузалгия.

Одним из первых заболеваний, при которых была испробована, п. с., явилась каузалгия. В настоящий момент нужно считать безусловно доказанным, что при каузалгии п. с. являет собою вполне показанное вмешательство, при чем я могу лишь повторить то положение, которое было высказано мною в работе по поводу каузалгии, относящейся к 1925 г.: „Иногда для достижения окончательного эффекта необходимо вмешательство и на нервном стволе, и на артерии". Эта мысль разделяется, повидимому, и рядом других авторов, при чем некоторые идут в этом отношении еще дальше и, как проф. Шипачев, производят одновременно нейролиз вместе с симпатектомией. У пос-

леднего автора в четырех оперированных им случаях больные избавлялись от болей немедленно после операции,

Чтобы доказать значение симпатектомии при каузалгии достаточно сослаться на цифры: на 106 известных мне случаев хороший результат получен 87 раз.

Я лично произвел эту операцию три раза—с хорошим результатом.

**Троф. расстройства после повреждения нервных стволов.**

Я располагаю данными о 72 случаях: в 57 был получен непосредственный хороший результат, в 6—посредственный, в 9—отрицательный. На 4 своих случая я имел в трех—хороший результат: в одном—отрицательный. В двух из трех получился впоследствии рецидив.

**Трофические расстройства при страдании спинного мозга.**

Сюда должны быть отнесены спинная сухотка, сирингомиэлия полиомиэлит и др. заболевания. Не останавливаясь на механизме трофических расстройств при этих заболеваниях, мы должны констатировать, что во многих случаях при указанных заболеваниях симпатектомией удалось добиваться хороших результатов.

Проникающая язва стопы при спинной сухотке подвергалась лечению в известных мне случаях 8 раз. Хорошие результаты получили Kümmel Marwedel., Lenckel (3 случая), Most Hahn; о безуспешном случае сообщает Mühsam. В случае Marwedel'я, улучшение держалось все время наблюдения больного в течение 6 месяцев. Таким образом, при табетической, трофической язве стопы мы имеем 7 успешных и 1 неуспешный случай. Отдаленный результат мне не известен, но даже временный успех, представляющий собою заживление язвы, является знаменательным. При сирингомиэлии симпатектомия производилась 8 раз; в 6 случаях получился благоприятный результат (Kümmel Chiari Polak, Pokorny, Петрашевская), в двух случаях—неблагоприятный Seifer), Рубашев). Во всех случаях дело шло о трофических язвах, как мы знаем, вообще частых при сирингомиэлии:

О своем случае считаю необходимым сообщить некоторые подробности. Больной, 32 лет, прибыл с большой дурно выглядящей и дурно пахнущей язвой на пятке правой стопы. Исследованием специалиста—невропатолога установлена сирингомиэлия. После некоторой подготовки язвы перевязками и улучшения ее состояния—симпатектомия в средней трети бедренной артерии. Язва несколько улучшилась, несомненно в результате операции, а не лучшего ее содержания и покоя. Больной выписался, а затем прибыл через полгода вновь с двумя колоссальными язвами, занимавшими две нижних трети голени, из-за которых пришлось в конце-концов ампутировать голень.

Далее была сделана попытка лечить с. те трофические расстройства, которые имеют место при полиомиэлите. Таких случаев я могу отметить в литературе шесть—все с успехом, причем Henckel Anzilotti Makai Brüning говорят об излечении, Lehman и Nohlbaum об улучшении Makai добился излечения после 2-кратной симпактектомии Brünig получил не только излечение язвы, но и исчезновение синевы конечности.

Далее нужно упомянуть о попытке Polak произвести симпатектомию при трофических язвах, имевших место при spina bifida; при этом операция, произведенная на одной стороне, привела к заживлению язв на обоих сторонах. Bruning сделал симпатектомию по поводу трофической язвы на пальце ноги, вследствие поражения спинного мозга при туб. спондилите.

В общем мы имеем в этой группе 25 случаев, из которых хороший результат получен был 18 раз, удовлетворительный—4, отрицательный—3 раза.

### Прободающая язва стопы.

Вопрос об отграничении прободающей язвы стопы от других трофических язв я вынужден оставить открытым, так как ряд авторов употребляет этот термин, не считаясь с фактом проникновения язвы до кости, как характеризующим malum perforans. Поэтому я вынужден внести в эту главу те случаи, в которых сами авторы употребляют термин прободающей язвы, не будучи уверены, что дело идет именно о ней. Судя по цифрам—данным 18 авторов,—успех таков: на 75 случаев—хороших 12, посредственных 44, отрицательных 19. Даже фистулы, идущие из кости, излечиваются после симпатектомии. Но иногда, повидимому, мы имеем уже дело с далеко зашедшим местным процессом, и тогда, конечно, симпатектомия помочь не может. Так, Levai—при прободающей язве нашел местный сосудо-облитерирующий процесс.

### Язвы.

Одним из частых об'ектов для применения симпатектомии представляются язвы голени. В русской анкете они дают до 15 проц., а в мировой статистике составляют до 25 проц. Попытка по имеющимся материалам выделить различные группы язв и выяснить характер действия симпатектомии при этих различных группах ни к чему не привела, вследствие того обстоятельства, что определение этих язв у различных авторов чрезвычайно различно: варикозные язвы; язвы, не заживающие после травм; после обморожений; оставшиеся после остеомиэлитов и, наконец,—большая группа „трофических“ язв, где нет определенных указаний на заболевание нервной системы, но где название „трофические“ применяется потому, что язва не имеет никакой тенденции к заживлению. Таким путем возникает неясность, разрешать которую представилось бы в достаточной мере неблагодарной задачей. Поэтому, выделив определенные виды язв (после ранений нервов, при заболеваниях спинного мозга и т. д.), я все остальные группы соединил в одно целое. Характерной чертой этих язв является то обстоятельство, что они не имеют наклонности к заживлению и до того, как подвергались операции, лечились и существовали годы (от года до 10-15 лет). Не менее 80 авторов высказали в литературе свое мнение относительно действия симпатектомии при язвах голени; лишь меньшая часть из них (не более 10) указывает, что операция не дает никакого результата, мнение же большей части сводится к тому, что в большом проценте случаев, под влиянием симпатектомии, происходит заживление или во всяком случае значительное уменьшение язвы. Однако, успех, как и при целом ряде других способов лечения, бывает временным и сравнительно небольшое количество является длительно излеченным. Этот вывод построен на таком количестве наблюдений, что может быть безусловно принят, как наиболее соответствующий фактическому положению дел. Если мы изобразим те же данные в цифрах, то последние дают такие же отношения: на 285 случаев, о которых я имею цифровые данные, в 106, т. е. в 48 проц. получилось заживление язвы; в 140 случаях—состояние язвы значительно улучшилось; отрицательный результат—43 случая—16 проц. Интересно, что в русской анкете мы имеем совершенно такие же отношения: на 50 случаев—24 излечения (тоже 48 проц.), а в 9—операция не оказала никакого влияния (18 проц.). Самым интересным, конечно, является вопрос об окончательных результатах. Длительное излечение язвы колеблется между 10—20 проц. Garcia-Diaz собрал 346 случаев язв, он дает 10 проц. окончательных излечений, больше 30 проц. непосредственно хороших результатов, но зато 53,6 проц. неудач.

Мой личный опыт, основывающийся на лечении 10 случаев язв варикозного происхождения, вполне совпадает с опытом всех остальных авторов. Из 10 этих случаев язв голени я получил заживление в 5 и улучшение состояния язвы—в остальных. Из тех больных, за которыми я не мог проследить—6 случаев—в двух излечение держалось в течение 6 месяцев, (затем больные исчезли из наблюдения) и в 4—язвы рецидивировали, не достигая, однако, тех размеров, которые они имели до операции.

Интересным представляется один случай, чрезвычайно большой, опоясывающей язвы голени, которая поправилась после симпатектомии, в смысле общего ее состояния и уменьшилась в размерах. Через 2 месяца после выписки, больная поступила вновь с большой язвой; я применил операцию Rindfleisch, которая вначале также не дала значительных результатов, но к тому моменту, когда началось рубцевание спиральных разрезов, язва стала чрезвычайно быстро уменьшаться и к моменту выписки больной почти совершенно закрылась. В этом случае мы получили хороший результат не в виде реакции на разрезы, которые рекомендуются в последнее время для лечения язвенных процессов, а лишь через несколько недель, когда началось рубцевание и в связи с ним, быть может, особые процессы в кровеносной и нервной системе, окружающих язву тканей.

Некоторые практические замечания, быть может, окажутся небесполезными. Putti, Prezzolmi, Takàts указывают, что если язвы существовали долго, то симпатектомия уже не может помочь. Интересны взгляды Leriche и Fontaine на роль периартериальной симпатектомии при язвах. Они доказали на опытах, что симпатектомия ведет при хронических язвах к их стерильности. Язва всегда заражена; с 7-го дня после симпатектомии на ней исчезают микробы. Это обстоятельство полностью подтверждает в своей работе и Liek. Вообще, по мнению Leriche, мы имеем в язве следующие три момента, препятствующие ее заживлению:

1) плохие условия кровообращения—симпатектомия их исправляет, 2) инфекцию—с. ее уничтожает, 3) потерю субстанции—тут они рекомендуют пересадку, которая при с. проходит очень хорошо.

На последующий пункт следует обратить самое серьезное внимание: многие авторы указывают, что пересадка удается гораздо лучше после предварительной симпатектомии.

Другая комбинация, которая также рекомендуется, состоит в соединении с. с. перевязкой вены и нейтротомией n. sapheni (Операция Moreschi-Recls).

## Рентгеновские язвы.

Трудность заживления рентгеновских язв и их клинический характер, напоминающий язвы трофического типа, заставила испробовать при них также периартериальную симпатектомию. Первым, сделавшим подобную операцию, был Gundermann в 1922 г. С этого момента по настоящее время таких операций опубликовано 16, в 8 случаях получился хороший эффект в смысле заживления язвы, в 5 случаях—операция дала некоторый результат, в 2 случаях эффект был отрицательный. Чрезвычайно интересно отметить, что во всех случаях в качестве наиболее постоянного результата операции отмечено исчезновение болей, даже в тех случаях, где влияние на самое заживление язвы было незначительным: это болеутоляющее действие периартериальной симпатектомии, полученное в 13 случаях из 16 отличается, кроме того, и своим постоянством: во многих случаях отмечен рецидив язвы через тот или иной срок, но боли уже не возвращались. Таким образом, мы должны признать за периартериальной симпатектомией несомненное влияние на течение рентгеновских язв.

## Трофические расстройства на культе.

На ампутационных культях нередко развивается целый ряд трофических расстройств, независимо от тех осложнений, которые имеют место в результате неправильного метода оперирования. Эти трофические расстройства выражаются преимущественно в 3-х формах: отек, из'язвление и боли. Степень этих изменений различна, в частности Leriche'у принадлежит очень детальное описание двух основных видов трофических расстройств культи. Попытки лечения этих страданий путем симпатектомии не всегда увенчиваются успехом, но во многих случаях дают определенно хороший результат. Мною собрано 36 случаев (в том числе один мой собственный), которые дают достаточно ясное представление о благоприятных результатах симпатектомии при указанном страдании: 28 хороших результатов, 2—посредственных и 6 отрицательных. В частности на своем случае я мог убедиться в исчезновении болей и из'язвления на ампутационной культе бедра после периартериальной симпатектомии.

Вслед за язвенными процессами мы должны назвать трофоневрозы; относительно их патогонеза вопрос также не обстоит особенно ясно. Многие авторы рассматривают их, как поражение сосудов, но не невротического происхождения, а интоксикационного, эндокринологического и т. д. Сюда мы относим болезнь Raynaud, склеродермию, хронический отек, эритромелалгию.

## Болезнь Raynaud.

В генезе болезни Raynaud надо различать, повидимому два компонента: с одной стороны—чисто функциональный—спазм артерий, с другой—поражение мелких артериоль дистальных отрезков конечности. Взгляды самого Raynaud сводились к признанию первого фактора; его и сейчас поддерживает ряд авторов. Другие, особенно последнее время, полагают, что момент спастический имеет место, но он развивается в результате существующего анатомического повреждения мелких артерий. Эти авторы (Claude et Tinel, Grenet, Isaac-Georges), могли доказать наличие таких изменений уже в легких случаях болезни; тем самым они становятся на ту точку зрения, что именно эти изменения являются первичными, а спазы—вторичными.

Если стать на точку зрения противоположную, то и там мы знаем что часто повторяющиеся и длительные спазмы сосуда вызывают в конце-концов изменения анатомического характера.

Тем или иным путем приходим к выводу, что в болезни Raynaud мы имеем сочетание двух моментов. Тогда для нас будут понятны подчас различные результаты, которые получаются в результате симпатектомии. Там, где компоненты спазма значительны, а органические изменения периферии еще не зашли очень далеко, мы получаем сравнительно благоприятный результат, там—где превалируют последние—результат минимальный или полученный результат быстро уступает рецидиву. На 53 случая хороший результат отмечен 13 раз, посредственный—25 и плохой—15 раз.

В одном случае склеродермии на верхней конечности, который я оперировал у молодой девицы—вначале эффект был посредственный, но он постепенно становился лучше, и в конце-концов больная—через 2 месяца—получила об'ективно и суб'ективно значительное улучшение.

## Sclerodermia.

Те же соображения, которые мы высказали по поводу болезни Raynaud, в полной мере приложимы и к склеродермии (а также другим родственным состояниям—acrodermatitis atrophicans и т. п.). Рассма-

тривая результаты этих операций, мы видим, что количество случаев излечения, как и неудач, незначительно сравнительно с группой посредственных результатов (на 20 случаев—17 посредственных, 1 хороший, 2 плохих). В этом факте и находит свое выражение то обстоятельство, что периартериальная симпатектомия затрагивает лишь один из тех компонентов, которые составляют сущность склеродермии.

### Erythromelalgia.

Эритромелалгия, являясь вазомоторным нейтрозом, вряд-ли может быть причислена к показаниям периартериальной симпатектомии, так как при ней дело идет о расширении, а не о сужении сосудов. Brünig, Hahn (1925), сам Leriche полагают, что периартериальная симпатектомия не может дать при ней результата. Правда, эту операцию берет под свое покровительство Kappis; удовлетворительный результат от нее получил Kirschner; но ост. данные ясно говорят против нее.

### Хронический отек.

В результате повреждений конечности, чаще всего кисти, развиваются иногда трофические изменения, подчас довольно своеобразного характера. Среди этих изменений мы можем отметить появление отека, который упорно держится и не поддается обычным способам лечения. Для того, чтобы вызвать подобный отек, нет необходимости в травме значительного характера. В 1916 г. во время войны я наблюдал и описал подобный отек кисти, существовавший у больного в течение 4 лет и развившийся в результате перелома пястной кости; такие же точно упорные отеки появляются и после незначительных ушибов, легких ожогов (Wertheimer); они же описаны и при страданиях спинного мозга (spina bifida-Leri). Подобные отеки являются, повидимому, в результате расстройства как питания, так и иннервации сосудов, носят у некоторых авторов название трофических—и имеют, повидимому, связь с нарушениями симпатической нервной системы (см. также взгляды Турнера в главе о рефлект. контрактурах). В некоторых случаях отечность конечности соединяется с тугоподвижностью кисти и пальцев и болями. В январе 1926 г. Wertheimer опубликовал случай излечения подобного отека путем ramisectio sympathica; этот случай демонстрирует связь между поражением симпатической нервной системы и подобными страданиями и указывает путь к их излечению. В литературе опубликовано 13 случаев применения симпатектомии при данном страдании; в 10 случаях получился вполне удовлетворительный результат, при чем интересно отметить случай Leriche, где отек исчез после симпатектомии с чрезвычайно большой быстротой.

Следующую группу составляют заболевания, где на первый план выступают сосудистые изменения. Последние имеют то функциональный, то органический характер, при чем нередко первые переходят во вторые или же, в различных отделах сосудистой системы мы имеем проявление того и другого: при склерозе или артериите крупных стволов—спазм мелких и наоборот анатомические изменения в мелких сосудах и спазм в подводящих артериях. Наконец наблюдаются и такие состояния, где при органических изменениях сосудистой стенки окончательное ухудшение кровообращения довершается присоединяющимся ее спазмом. Все эти многообразные и не всегда учитываемые комбинации приводят к тому, что как показания к симпатектомии, так и результаты ее слишком разнообразны, а индивидуальность каждого больного играет особенно значительную роль;—вот почему

в этой группе еще более увеличиваются затруднения, уже отмеченные нами в предыдущей группе.

## Отморожения.

После отморожений и ознoблений остается целый ряд явлений трофического характера, в основе которых лежат сосуд. страдания, которые бывают очень стеснительными для больных. Попытка лечений этих расстройств дала нижеследующие результаты: на 16 случав—12 посредственных результатов и 4 отрицательных.

## Гангрена.

При обсуждении вопроса о гангренах момент патогенеза их имеет огромное значение поскольку с последним связано самое показание к периартериальной симпатектомии.

Попытка разделить гангрены на группы, как ни казалась она желательной, не могла дать сколько-нибудь правильных результатов. Определение самих авторов вряд ли могло считаться решающим. Всякому, кто имел дело с подобными гангренами, хорошо известно, как трудно до патолого-анатомического исследования с несомненностью ответить на вопрос, с каким именно видом гангрены мы имеем дело. Само собой понятно, что этим соединением мы значительно ослабляем возможность сделать те или иные заключения о влиянии с. на отдельные виды сосудистых заболеваний, но и в таком виде кое-какие данные мы все же можем получить. Ряд хирургов отмечает, что лучше всего поддаются влиянию сухие, ограниченные формы гангрены; влажная гангрена реагирует благоприятно лишь в редчайших случаях. Пожилой возраст дает худшие результаты, но это не является постоянным правилом.

Вопрос о гангрене требует вообще слишком много места, почему я ограничусь исключительно цифровыми данными. Я собрал 315 случаев, из них: положительных 97, посредственных 72, отрицательных 146. В медленно текущих сухих безлихорадочных формах п. с. уменьшает боли, позволяет или выждать демаркацию или ограничиться более периферичной операцией; таково мое впечатление на основании собственных случаев.

## Claudicatio intermittens.

Интересно то, что при перемежающейся хромоте, где, казалось бы, успех мог быть обеспечен именно самими особенностями страдания, мы не встречаем ожидающихся результатов: на 8 случаев—только в 2 получился полный успех.

## Диабетическая гангрена.

Диабетическая гангрена, конечно, по самой своей сущности, не может реагировать на с. И действительно в большинстве тех случаев, где она применялась, она давала отрицательный результат, иногда даже развивалось ухудшение или появлялась инфекция (Brüning) Таким образом, в числе противников операции при диабетической гангрене мы встречаем Elving, Kümmel, Brüning. Тем не менее есть голоса, рекомендующие, применять с. и при диабет. гангрене: об успехах говорит Labbé; Henckel видел улучшение язвы на ампутационной культи у диабетика. Все же эти данные мало убедительны.

## Незаживающие переломы.

Незаживающие переломы и рецидивирующие псейдоартрозы представляют собою поле, где ценно всякое вмешательство, уменьшающее проц. дурных результатов. Предложение Kappis, который сделал первым п. с. при этом страдании, однако, видимо не встретило большого одобрения, так как я мог отметить всего 21 случай (вместе со своими двумя). Причину этого, надо, повидимому, искать в том, что при разнообразном течении переломов нет уверенности в каждом отдельном случае, что с. вызвала заживление перелома, а последнее не произошло самостоятельно, вне зависимости от с. На 21 сл. хор. рез. отмечен 6 раз, посредственный—10, и отрицательный—5 раз. Мой личный опыт—2 случая—относится к посредственным.

Экспериментальные данные подтверждают влияние симп. системы на регенерацию кости. Rohde указывает на гиперемию как очень важный фактор в процессе образования новой кости. Опыты Felix Mairano на животных показали благоприятное влияние с. на образование костной мозоли.

## Туберкулез.

Применение с. при туберкулезе суставов было предложено впервые Florescu в 1922 г.; однако, его мысль была претворена в дело Gundermann'ом только в 1923 году. До настоящего времени я мог собрать 115 случаев применения с. при туберкулезе. Случаев этих, повидимому, несколько больше, но, за отсутствием точных цифровых данных у некоторых авторов, я должен исходить только из этой цифры.

Воздействие с. при туберкулезе можно представить себе прежде всего путем гиперемии; так как последняя является слишком кратковременной при столь хроническом процессе, то уже a priori можно думать, что ни о каком длительном результате или излечении туберкулеза, конечно, не может быть речи. Правда, не исключена возможность трофического влияния с.; на это намекают данные Козловского, который получал заживление туберкулезных язв и свищей после перерезки нервов.

Вопрос о применении с. при туберкулезе можно было бы совершенно устранить, если бы среди имеющихся данных не попадались бы некоторые заставляющие все же несколько остановиться на этом показании.

Некоторые осторожные исследователи, которых нельзя заподозрить в желани выставить результаты, лучшими, чем они есть, указывают, что иногда им удавалось получить некоторые результаты при этом страдании. Kappis констатировал улучшение при гипертрофической волчанке голени; Gundermann наблюдал после с. выделение секвестров. Он применял с. в очень тяжелых случаях и мог при ее помощи добиться того, что конечности, предназначенные для ампутирования, были избавлены от этого; тоже и Fontaine, Bozovic и Федоров получили удовлетворившие их результаты при фунгозных формах поражения суставов Läwen в 4 случаях туберкулеза стопы получил заживление свищей и подвижность сустава; двух из этих больных он мог демонстрировать с хорошим результатом длительностью в 8 месяцев.

Läwen высказывает мысль, что предшествующая с. улучшает течение операции, если ее приходится делать на туберкулезно пораженном суставе.

Точно также Cotte в 1 случае из трех (на стопе) получил полное излечение, а в 2—лучшее течение после операции, благодаря предшествующей симпатектомии.

Мой личный опыт, основанный на 5 случаях, слишком мал, чтобы присоединиться к тому или иному мнению; один из этих случаев, быть может, давал право говорить о некотором улучшении: дело шло о туберкулезном гоните у мальчика в сравнительно легкой форме, у которого после с. получилось улучшение движений и уменьшение болей; приписать это одному покою представлялось невозможным, так как он пролежал всего 10 дней. Но с другой стороны мы знаем, что туберкулез протекает иногда довольно капризно, давая недостаточно мотивированные как ухудшения, так и улучшения. Это же соображение ставит все описанные выше случаи улучшения под некоторым вопросом.

Ichok (1926), сопоставив литературные данные, приходит к выводу, что с. при туберкулезе следует все же испытать.

Таким образом, я полагал бы все же возможным следующим образом резюмировать положение с. в лечении туберкулеза костей и суставов: в подавляющем большинстве случаев от с. нельзя ждать при туберкулезе никаких результатов. Если, в силу сложившихся обстоятельств, представляется желательным испробовать действие с., то при следующих условиях: 1) туберкулез периферических частей, т. е. кисти, лучезапястного сустава, стопы и голенностопного сустава, почти исключительно при синовиальных формах и главным образом с целью заживления свищей. Гипертрофический туберкулез кожи также может быть об'ектом соответственной попытки.

Цифры говорят следующее: на 115 случаев 6 излечений, 30 посредственных и 79 отрицательных результатов.

### Контрактуры.

В число показания к с. Leriche ввел целую группу мышечных страданий, которые могут быть характеризованы, как различного рода спастические состояния. Имея в виду последние взгляды на участие симпатической нервной системы в создании мышечного тонуса, можно, с теоретической стороны, представить себе связь между ними. В этом отношении небезинтересны также последние работы из клиники профессора Турнера (Новотельнов), который обнаружил, что контрактуры пальцев после перелома луча loco classico являются нередко следствием раздражения и повреждения n. interossei, при чем для излечения необходима резекция этого нерва.

Однако, как самое происхождение мышечных контрактур далеко еще не выяснено, так и вопрос о деталях связи симпатической околососудистой системы с мышцами далеко еще не представляется ясным. Поэтому неудивительно, что целый ряд попыток, оканчивался неудачей; хотя на ряду с этим нельзя не отметить случаев, где операция имела успех.

Ишемические контрактуры, казалось бы, меньше всего должны поддаться действию операции. Из 4-х авторов, которые пробовали при них с., двое высказываются против нее (Elving, Kappis) трое видели некоторый результат (Leriche, Müller, Ombredanne).

Спастические контрактуры мышц с одновременным параличем в зависимости от поражения центральной нервной системы также не в состоянии хорошо реагировать на с. Сам Leriche получил отрицательный результат, также и Avoni; Calandra наблюдал некоторое улучшение.

Лучшие результаты могут дать те мышечные контрактуры, которые развиваются в результате повреждений периферических нервов. Они могут быть рассматриваемы как своего рода трофические расстройства и на подобие последних в состоянии благоприятно реагиро-

вать на с. При таких контрактурах советует оперировать Brüning; Brezownik получил излечение подобной контрактуры при операции на a. subclavia. Фаерман из двух подобных случаев в одном получил улучшение движений, в другом—не получил никакого результата.

Наконец, в литературе особенно французской, описаны случаи появления мышечных контрактур, представляющих скорее своеобразное ригидное состояние мышц после травм какой-либо области, не соединенной с непосредственным повреждением нервных стволов. Эти контрактуры, обычно соединяются с расстройствами питания кожи, отеками и т. п. Leriche оперировал 18 таких случаев; по одному—Müller, Le Fort, Hohlbaum. Из этих случаев окончились выздоровлением, в смысле уничтожения контрактур и отеков—восемнадцать.

Интересно отметить указанные выше данные Турнера, что и перерезка нервов ведет к тем же результатам.

Если резюмировать все касающееся действия с. при мышечных контрактурах, то мы должны отметить, что контрактуры центрального происхождения действию операции не поддаются; контрактуры периферического происхождения с повреждением нервных стволов или без него могут быть улучшены под влиянием операции.

Общий итог—на 34 случая—2 излечения, 24—улучшения, 8—отрицательных результатов.

## Слоновость.

Представление о значительном улучшении кровообращения в результате с. могло привести к попытке лечения при ее помощи слоновости. Вряд ли, однако, это соображение может быть ценно, так как слишком значительны изменения при слоновости, да и касаются они преимущественно лимфообращения. Однако, наши нетвердые представления относительно действия с. отчасти могут мириться с наблюдавшимися случаями успеха. Мне известно пять случаев: у Ettore и Szper рез. получились очень хорошие (в особенности у последнего), где приложенная фотография может поспорить с наилучшими результатами после операции слоновости: у Kümmel результат только удовлетворительный; у Cottalorda и в моем случае — не получилось никакого результата.

Таким образом, я полагаю, что слоновость не должна быть вносима в число показаний к с.; однако, не исключается возможность в подходящем случае одновременно с одной из обычных операций при слоновости подойти к бедр. артерии посредине бедра и произвести с., что не может составить большого осложнения операции.

## Разные показания.

Отметим еще, полноты ради, отдельные заболевания, при которых была испытана п. с., в расчете на ее болеутоляющее или гиперемизирующее действие:

при ischias 3 раза — 1 успех, 2 неудачи
„ varices cruris 3 раза — 2 поср. р., 1 неудача
„ хронич. ревматизме — без успеха
„ arthritis deformans 2 раза — с поср. рез.
„ myotonia congenita 1 раз — без успеха
„ хронич. остеомиэлите 18 р. — 2 успеха, 16 без рез.
„ разных кожных заболеваниях — с поср. успехом.

## II. Опасности и отрицательные стороны периартериальной симпатектомии.

Чтобы правильно оценить значение периартериальной симпатектомии, необходимо коснуться тех осложнений, которые она за собой влечет. Сюда нужно отнести:

1) случайное ранение сосуда во время операции,
2) „лопанье“ сосуда при операции,
3) аррозия сосуда в послеопер. периоде,
4) инфекцию,
5) тромбоз и эмболию,
6) смертные случаи,
7) ухудшение после операции,
8) последовательные изменения в сосудах.

### Случайное ранение сосуда во время операции.

Сравнительно редким осложнением является случайное повреждение сосуда во время операции. Это осложнение, от которого, конечно, не может быть застрахован ни один хирург, все же чаще всего имеет место при недостаточном знакомстве с особенностями сосуда и способом обращения с ним. Два случая Leriche относятся к первым его 37 операциям. Имевший место в моей практике случай ранения сосуда также относится к первой произведенной мною с. в 1919 г. Причиной случайного ранения является почти всегда ненамеренный отрыв незамеченной мелкоартериальной веточки особенно на задней поверхности сосуда. Такие веточки отрываются обыкновенно у самого ствола, и захватить их тогда представляется почти невозможным. В собранном мною материале (больше 1500 операций) случайных повреждений сосуда описано 14 (Lerche 2) Шамов, Polak, Boudet, Bardonet, A. Mathey Cornat, Roux-Berger, Chaton, Miginiac, Schloffer, Гессе, Русанов, Фридлянд Рубашев. Колибр сосудов имеет несомненное значение; в русской анкете, из 40 с. на плечевой артерии последняя пострадала 2 раза, т. е. в 5 проц., из 259 с. на бедренной артерии—тоже 2 раза, т. е. 0,5 проц. Если соединить вообще все случаи повреждения той и другой артерии, то получим 3 на 40 для плечевой—около 8 проц., и 6 на 259 бедренной артерии—т. е. 2,3 проц. Результат случайного повреждения артерии не был ни в одном случае дурным: в одном случае проф. Русановым был наложен пристеночный шов, в других—сделана перевязка без всяких вредных последствий.

Весьма возможно, что этих повреждений больше, но, повидимому, ни один из них не сопровождался неприятными осложнениями и поэтому они, может быть, и не описывались. Во всяком случае определенная оперативная техника представляет собою надежную гарантию против повреждения сосудов и единственно какая-нибудь непредвиденная случайность может поставить хирурга лицом к лицу с этим осложнением.

### „Лопанье“ сосуда.

Это осложнение состоит в том, что травмированный и притом лишенный адвентиции сосуд не выдерживает кровяного давления и лопается. Поэтому правильно подобное осложнение, как это делает Поленов, обозначать как „лопанье“ сосуда. Таких случаев отмечено в нашем материале 10. В одном случае из русской анкеты определенно

отмечена особая ломкость сосуда (плечевой артерии); другой случай касался больного 60 лет, где тоже можно представить себе хрупкость сосудистой стенки; также ломкость артерий отмечена у Rieder. В случаях проф. Поленова он придает значение технике операции, полагая, что с. с полным удалением всех тканей, до muscularis должна влечь за собою такое расползание мышечной оболочки, под влиянием давления изнутри. Для избежания таких осложнений надо: 1) следовать технике Поленова; не слишком усердствовать в обнажении средней оболочки, 2) принципиально не оперировать стариков, 3) при обнаружении во время операции не ожидавшейся заранее хрупкости сосуда отказываться от его денудации. Также и Jiano различает удаление влагалища сосуда и адвентиции и говорит, что последнее может быть опасно, так как обнажение сосуда может привести к кровотечению. При соблюдении этих условий можно ожидать, что осложнения подобного рода будут сведены до возможного минимума. Почти во всех случаях, где осложнение наблюдалось, дело окончилось благополучно, как для сосуда, так и для конечности больного.

### Последовательное кровотечение.

Самым тяжелым осложнением при с., ведущим за собой нередко смерть или потерю конечности, вследствие наступающей гангрены, является последовательное кровотечение из сосудов (аррозия сосуда). Мне известно 23 таких случая, что в процентном отношении составляет наиболее частое осложнение из всех остальных (1,5 проц.). Это случаи Jenckel, Müller, Mattas, Kreuter, Milko, Монашкин (3 случая), Friedrich, Mühsam, Unger, (3 случая). Riese Gütig, Gayer, Hahn, Каган, Schmidthuber Imbert, Hilse Küttner Bardon Mathey, и 2 случая, упомянутых в русской анкете. Все эти последовательные кровотечения в большей своей части об'ясняются вполне определенными причинами, которые в основном сводятся к двум моментам: склерозу самого сосуда и инфекции. И в том, и в другом случае мышечная сосуда сравнительно легко поддается, и в стенке его происходит узура. Если кровотечение сразу принимает тяжелый характер, то больной гибнет раньше, чем ему будет оказана помощь; если узура незначительна, то удается произвести перевязку сосуда, которая иногда влечет за собой гангрену, иногда—дело обходится более благополучно. Из указанного числа последовательных кровотечений не менее 9 имели в основе инфекцию, при чем в некоторых из них, кроме инфекции, были налицо также изменения со стороны сосудов. Таким образом, вопрос о профилактике этих осложнений сводится в своей основе к вопросу об инфекции. Все эти случаи касаются бедренной артерии, и операция во всех из них производилась в области Скарповского треугольника. В тех случаях, где не имела места инфекция,—мы могли почти всегда отметить ненормальное состояние сосудистой стенки и лишь в незначительном числе случаев данные авторов, настолько скудны, что не дают право остановиться на определенном предположении. В случае Кагана последовательное кровотечение произошло при следующих обстоятельствах: во время операции надорвалась ветвь бедренной артерии, попытка перевязать ее не удалась и пришлось положить боковой шов на сосуд. Через 15 дней произошло кровотечение, которое несомненно стояло в связи с расхождением шва или изменениями стенки в месте его наложения. Нельзя отрицать возможности влияния на стенку сосуда и способа освобождения его от адвентиции, о чем мы говорили, отмечая так наз. „лопанье“ сосуда.

Кровотечение развивается обычно через несколько дней после операции; но иногда через более продолжительное время — через 2-3 недели. Более поздние случаи стоят в связи с нагноением, тогда как те, которые зависят от состоянии самой стенки, наблюдаются в течение первых двух недель; из числа известных мне последовательных кровотечений не менее $^1/_3$ окончились смертельно.

Пытаясь вывести определенное заключение на основании изучения указанных случаев, мы должны повторить те же выводы, которые сделаны ниже по отношению к инфекции и склерозу сосудов. Здесь можно еще лишь прибавить, что для избежания этих последствий необходима определенная техника оперирования, на что более подробно я указывал уже при рассмотрении случайного повреждения сосуда и его „лопанья“ во время операции.

## Инфекция.

Pels-Leusden в 1924 г. указал на появление инфекции при с. на бедренной артерии, которую он ставил в связь с лимфаденитами и лимфангитами бедра, идущими из места поражения: язвы ганренозного участка и т. п. Вслед за его сообщением появились дальнейшие указания в том же роде, которые подтверждали его предположение. Bayér опубликовал 2 случая инфекции при язве голени Brüning также сообщает о 2 случаях: в одном дело шло о язве голени, которая часто осложнялась рожистым процессом, в другом—о с. при диабетической гангрене. König получил флегмону при с. у 50-летнего мужчины по поводу незаживающей язвы пальцев. Most сообщает также о подобном случае с легким характером инфекции. В русской анкете приводятся 2 случая: в одном из них автор определенно упоминает о встрече с увеличенными железами при операции в Скарповском треугольнике; в другом—о железе не упоминается, получилась гематома, которая дала флегмону. Далее в литературе описаны случаи Müller, Schmidthuber, Maton, Jeneckle, Kreuter, Milko, Монашкин Hilse (2 случая), где также имела место инфекция. Всего таким образом, мы получаем 18 случаев, что на полторы тысячи составляет 1 проц. Правда, не исключается возможность, что описаны далеко не все случаи, и настоящий процент инфекции гораздо выше. Но у меня с другой стороны есть основание полагать, что это не совсем так. В русской анкете, где специально запрашивалось об осложнениях, было указано всего два случая инфекции на 300 операций, что составляет меньше 1 проц. Нельзя отрицать возможности, что инфекция наблюдается чаще, но описывается редко потому, что она протекает легко. Из числа тех 18 случаев, о которых речь шла выше, окончились тяжело для больных 8; в 7 из них получилось прободение сосуда, с различными последствиями в виде ампутации или даже смерти. (Все эти случаи описаны в соответствущей главе). Таким образом, хотя тяжелыми последствиями сопровождалась только половина случаев с инфекцией, однако осложнение это настолько тяжело, что на нем приходится особо остановить внимание.

Инфекция несомненно в большом числе случаев получается из инфецированных лимфатических путей. Лишним доказательством в пользу этого могут служить наблюдения Volkmann'а, который производил вытяжение n. ischiadici при язве голени. При этом на 25 случаев он в пяти получил инфекцию. По данным Поленова, на 135 операций на нервах в 7 была гематома, т. е. 5 проц., а нагноений было 3, т. е. 2 проц.

Быть может, дело идет о предрасположении к инфекции не только местном, но и общем, что отмечается некоторыми авторами. Таким образом, этот путь совершенно ясен и должен заставить нас искать способ противодействия. В качестве таких мер я могу указать нижеследующее: во-первых, не следует оперировать на бедренной артерии под Пупартовой связкой, так как именно здесь встречаются железы, могущие быть источником заражения. Если бы в результате инфекции развилось прободение сосуда, то перевязка последнего ниже отхождения a. profunda грозит осложнениями меньшими, чем выше ее. Мною произведено около полутора десятков бактериологических исследований адвентиции и ближайших прилегающих к сосуду тканей: я получал во всех случаях стерильные условия, при чем оперировал на средней трети бедренной артерии. Считая, что железы и ткань около них инфецированы в большей степени, чем лимфатические сосуды, я нахожу получаемые мной результаты вполне естественными, и это также заставляет меня рекомендовать операцию в указанном месте. Следует дальше быть возможно более осторожным при наличии активного инфекционного очага, т. е. воспаленной язвы, влажной гангрены и т. д. Как мы увидим дальше, почти не существует и показаний к операциям в этих случаях: если все же приходится оперировать в таких или подобных случаях, то рекомендуется с одной стороны соответственно подготовить язву, а с другой стороны—не закрывать рану наглухо, а оставить узенькую турунду. При соблюдении указанных условий, думается мне, осложнения инфекцией делаются совсем редкими и опасных последствий влечь за собой не будут.

Возражения против оперирования на более дистальных отрезках на основании наших современных представлений об иннервации сосудов, вряд-ли основательны; наоборот, есть ряд данных, вполне подтверждающих целесообразность этого приема. Так, Durante считает, что оперировать нужно на периф. артериях в виду того, что есть и длинные волокна и сегментарные. Он делает с. на a. a. tib. ant, postica и даже peronea.

## Тромбоз и Эмболия.

Тромбоз сосуда представляет собой осложнения симпатектомии, описанное реже других осложнений, но играющее не менее значительную роль.

Те случаи тромбоза артерии, которые нам известны, сводятся к нижеследующим. Brüning описал два случая тромбоза бедренной артерии: оба раза дело шло о старых людях, 60 лет, с ясно выраженным артериосклерозом. Один случай тромбоза бедренной артерии имеется среди операций Мартынова.

Повидимому, эти три случая, которые упомянуты в книге Brüning Stal приводятся и Lidgust'om; он считает 3 случая тромбоза на 1000 описанных в литературе с. Четвертый известный мне случай принадлежит Rieder'у, тромбоз развился на бедренной артерии, при чем с. производилась по поводу артериосклеротической гангрены, и хотя о состоянии сосуда ничего не сказано, но диагноз „артериосклеротическая гангрена“ позволяет не без основания думать о склерозе сосуда, Hilse описал случай позднего тромбоза. Таким образом на все опубликованные до сих пор случаи с. мы должны считать пять случаев тромбоза. Повидимому, осложнение это должно считаться редким, ибо, кроме указанных цифр, можно сослаться еще и на то, что в ряде больших статистик осложнение это совершенно отсутствует.

Кроме описанного с несомненностью (последующее патологоанатомическое вскрытие) тромбоза артерии, может быть сюда нужно отнести случаи, где тромбоз можно подозревать. Это те случаи гангрен, в которых после операции наблюдалось ухудшение. Таких случаев чрезвычайно мало, один такой—описан в русской анкете, другой случай-Gütig, но, за неимением точных указаний трудно утверждать, что дело шло именно о тромбе.

Кроме пяти описанных выше случаев тромбоза бедренной артерии, имеются еще данные о трех случаях, где тромбоз имел место не в бедренной артерии, а в бедренной вене; на почве этого тромбоза обнаружилась эмболия легочной артерии с последующей смертью больного. Один такой случай описан Brüning'ом у женщины 55 лет, другой наблюдал Sfahl у старухи 70 лет (здесь, кроме вены, была тромбозирована и артерия); наконец, случай смерти от эмболии описал Ecot: надо думать, что и в этом случае эмболия развилась на почве тромбоза бедренной вены. Как мы видим, тромбоз вены представляется еще более опасным, так как он ведет к эмболии и смерти. Но и в этих случаях мы имеем дело со старыми людьми, у которых, кроме изменения стенок сосуда, мы всегда констатируем наклонность к образованию тромбов и к эмболии.

Таким путем, число осложнений, связанных с тромбозом сосудов, возрастает до 8, но и это число весьма незначительно, если общую сумму с. считать в 1500, т. е. процент равен 0,5.

Если мы обратимся к эксперименту для об'яснения возникновения тромбов, то мы должны будем констатировать, что целый ряд авторов при опытах на собаках обнаруживал всевозможные изменения со стороны стенок сосуда, в том числе со стороны intimae. Wojrechowski, указывая на изменения внутренней оболочки, не упоминает однако, ни разу об образовании тромбов в сосуде. Страдынь в 6 проделанных им опытах наблюдал слущивание эндотелия, но тромбоза не видел ни разу. Боголюбов в 22 опытах—4 раза наблюдал тромбы: из этих 4 раз—в 2 было нагноение в ране, вокруг артерии; во внутренней оболочке им обнаружено утолщение и разрощение эндотелия. Федоровский в одном из своих выводов констатирует, что „изменения со стороны внутренней оболочки вызывают образование тромбоза, что после п. с. встречается нередко". Фридман на 16 опытов наблюдал в 8 случаях нарушение внутренней оболочки, при чем образование тромба имело место 4 раза. Эти опыты дают право заключить, что у собак после с. наблюдаются изменения внутренней оболочки, при чем эти изменения нередко сопровождаются образованием тромбов. Какого характера эти изменения: Зависят ли они от существа самой операции, или же являются внешними осложняющими моментами, которых можно избежать? Повидимому, правильным ответом нужно считать тот, который связывает эти тромбы с моментами случайного характера. Так, *Фридман* констатирует, что изменения на внутренней оболочке носят временный характер и с течением времени почти полностью исчезают, intimae не поражается сплошь, а гнездами, а поэтому он думает, что причина изменений лежит в травматическом моменте. Частоту изменений внутренней оболочки и тромбоза у экспериментальных животных надо видеть в трудности удаления адвентиции на мелких по калибру сосудах животных, ведущей к большой их травматизации. Подтверждение этому мы находим в только что приведенных нами клинических фактах, где тромбоз касался вены, которая не лишалась своих оболочек, но легко могла быть травматизирована при манипуляциях на артерии. Вопрос

о питании внутренней оболочки сосуда надо, повидимому, в согласии с учением *Аничковской* школы, считать происходящим за счет протекающей в сосуде крови. В качестве последних работ, констатирующих то же самое, можно сослаться на работы *Петрова* и Lange. С другой стороны, в склеротически измененном сосуде дело может обстоять несколько иначе: быть может vasa vasorum имеют для питания стенки в этих случаях большее значение, но также возможно, что склерозированный сосуд значительно легче подвергается травме при операции и по этому легче повреждается intima, а при наклонности к тромбозу даны все условия для его возникновения. Prima считает вообще, что опасность тромбоза при операции на сосудах весьма невелика.

Необходимо отметить еще одну особенность образования тромба в эксперименте: тромб этот всегда пристеночный, полного закупоривания просвета не наблюдается, и проходимость сосуда остается сохраненной (*Фридман*). Это обстоятельство позволяет думать, что, быть может, клинически тромб наблюдается чаще, чем обнаруживается, именно в силу пристеночного своего характера; но само собой разумеется, такое предположение может быть лишь высказано, так как проверить его почти невозможно.

Таким путем, используя данные клинических наблюдений и эксперимента, мы можем притти к следующим заключениям: сосуд с нормальными стенками не подвергается опасности тромбоза при условии, конечно, бережного к нему отношения, которое вообще представляет conditio sine qua non изучаемой операции. Большей опасности подвержены склеротически измененные сосуды, на которых удаление адвентиции нарушает питание стенок, а травма—отзывается более резко. Brüning приводит случай, где и при склерозе артерии тромбоз далеко не всегда обязателен; это нам хорошо известно из многих десятков случаев операций на сильно измененных артериях, но все же факты говорят за необходимость особо бережного отношения с склерозированными сосудами, в особенности при самопроизвольной гангрене.

*Гиргалав* отмечает, что „при самопроизвольной гангрене наиболее характерным является образование пристеночных тромбов с последующей их организацией".

*Оппель* указывает, что у этих больных повышена свертываемость крови, вязкость крови, повышено количество тромбоцитов.

## Смерть.

Случаи смерти, конечно, особенно останавливают наше внимание. Я мог насчитать в доступной мне литературе таких случаев 14, что на 1500 операций составит едва 1 проц.;—ту же цифру дают Brüning Stahl. Недавно Garcia-Diaz на 346 случаев вывел цифру в 1,5 проц.

Главную массу этих случаев составляют две группы: кровотечения последовательные и эмболии на почве тромбоза.

К первой группе относятся случаи Müller, Maton yenckel Kreuter, Riese, Брейтфус, Gütig, Фролов, Schmidthuber. Мы знаем уже, что одни из них относятся за счет инфекции, другие—за счет склероза сосудов. Поэтому можно не сомневаться в том, что при соблюдении условий, о которых говорено выше—не оперировать в Скарновском треугольнике и у старых людей—эта причина смерти должна в значительной мере утратить свое влияние.

Во 2-й группе случаев мы имеем дело с эмболией и тромбозом. Это случаи Ecot, Brüning, Stahl, Rieder. О них было уже упомянуто выше и указано, что почти все эти случаи также относятся к больным с измененными сосудами. Таким образом, этого осложнения также возможно избежать, если не оперировать выраженных артериосклерозов.

Необходимо, наконец, упомянуть о случаях, которые указаны в литературе, где смертный исход наступал после ампутации, которую приходилось делать, так как с. не останавливала гангрены. Смерть наступила от гангрены или тяжелой инфекции культи. Известно, что при тяжелом склерозе такие инфекции культи и даже гангрена ее представляют собою нередкое явление, и поэтому нельзя ставить эти исходы в вину с. Можно лишь сказать, что при таких далеко зашедших гангренах, конечно, не должно быть и речи о с.

Таким образом, я смею утверждать, что при определенных противопоказаниях (старческий возраст, резкий склероз), выборе определенного места операции и определенной технике (осторожное оперирование) смертность дожна быть ничтожной и, как случайное явление, не может приниматься в расчет при операции.

### Последовательные изменения.

Кроме тех тяжелых осложнений, которые отмечены нами выше, мы имеем дело с изменениями значительно менее острыми, но которые заслуживают весьма серьезного внимания. Сюда относятся как случаи клинического ухудшения, так и последовательные изменения в сосуде патолого-анатом. характера. Именно этот пункт очень важен, так как его влияние оказалось бы распространенным на значительное число операций и тем самым суживало бы область ее применения.

Случаев, где отмечено клиническое ухудшение, я мог найти в литературе лишь незначительное число. Сюда можно отнести случаи Rieder, Kaass, Hohlbaum, Петрашевской, Егорова, Gütfig Garcia Diaz, (3 проц.) Березнеговского, Hilse. Весьма возможно, что случаев этих больше, но указания на них в литературе, кроме вышеупомянутых авторов, отсутствуют. Во всех описанных случаях дело шло о спонтанной гангрене: мы знаем, как разнообразно протекает это заболевание, для которого надо считать характерным немотивированное наступление как улучшений, так и ухудшений. Поэтому нельзя не отнестись критически к тем впечатлениям, которые получены авторами в виде ухудшения процесса; весьма возможно, что к произведенной операции они отношения не имеют и представляют собою естественное ухудшение процесса, идущего вперед, несмотря на произведенную операцию. Поэтому случаи подобных ухудшений (особенно при спонтанной гангрене) не могут быть поставлены в минус п. с.

Совсем иное значение имеют те изменения, которые развиваются в стенке сосуда и вокруг него лишь через некоторое время после операций и которые должны сказаться клинически много позже. Правда, таких клинических наблюдений мы имеем чрезвычайно мало; но это не может служить доказательством отсутствия таких явлений по следующим соображениям: 1) значительное число больных ускользает от длительного наблюдения, 2) имеющиеся налицо случаи не подвергались подробному исследованию именно с точки зрения последовательных изменений в сосуде, 3) эти изменения, быть может, компенсируются организмом, но, разумеется, только до известной степени, 4) многочисленность рецидивов после п. с., весьма возможно, об'ясняется

в известном проценте случаев именно этими последовательными изменениями в сосудах.

Мы обладаем целым рядом экспериментальных данных, которые указывают на последовательные изменения рубцевого характера в стенке и вокруг сосуда: это работы Страдыня, Симеони, Woicłechowski, Боголюбова, Gargano, Haberland, Федоровского, Фридмана, Монашкина. В общем, из всех этих опытов приходится заключить, что стенка сосуда рубцово изменяется, и через некоторое время сосуд оказывается как бы заключенным в плотный футляр из рубцовой ткани, создающей его сужение. Правда, у некоторых авторов (Федоровский) упоминается о восстановлении адвентиции, что наблюдается на сосуде не ранее, чем через недель 8 после операции.

Клинические данные—повторные операции на людях также дали возможность убедиться в том, что имеют место такие же рубцовые изменения. Эти данные описали Macas, Stieda, Kaess, Boit, Pels-Leusden, Bayer, Hilse, Фридман, Гуревич. Не все, однако, констатировали подобные изменения: Palma Szpez не видели их. Надо думать, что размер этих рубцовых изменений зависит от глубины снятого слоя адвентиции, от инфекции и других моментов, и потому в разных случаях величина этих изменений может быть различна; но, несомненно, что в весьма значительном числе случаев эти последовательные рубцовые изменения имеют место и, сообразно этому, ставят под вопрос эффект операции. Имея в виду это обстоятельство, следует отнестись внимательно к некоторым деталям операционной техники: 1) не нужно обнажать сосуда от адвентиции слишком глубоко—об этом мы уже говорили выше; 2) не нужно производить симпатектомии на протяжении 8-10 см.,—достаточно ограничиться 3-4 см. (см. указания Ahrens, Гуревич и др., при чем я предпочел бы вместо симпатектомии на большом протяжении сделать лучше обнажение сосуда в двух местах, но на самом коротком протяжении (что и делал в последних случаях п. с.). Таким путем можно достичь не менее радикального перерыва нервных путей, чем классическим методом Leriche'a. На своем материале я не мог отметить ухудшения, которое можно было бы приписать п. с., данные литературы заставляют отнестись к этому вопросу иначе.

Не преуменьшая значения изложенных выше наблюдений, я не хотел бы их и преувеличивать. Мне думается, что все же решающего значения для кровообращения конечности эти рубцовые изменения расположенные на небольшом пространстве, иметь не могут, причем частью они компенсируются, частью—восстанавливаются через некоторое время более нормальные отношения. Поэтому я не могу согласиться с мнением тех авторов, которе видят в этих последовательных изменениях смертный приговор операции Leriche'a. Значительный процент длительных излечений и отсутствие доказательства того, что неуспех или рецидив зависят от этих последовательных изменений сосуда, а не от основной болезни, заставляют меня не видеть в ней какого-либо решающего фактора в отношении к этой операции.

На основании всех указанных выше данных я полагаю, что п. с. является операцией безопасной при условии определенных противопоказаний и определенной техники. Так как ее применение показано при тяжелых страданиях, где не помогают другие методы лечения, то приходится считаться с некоторыми отрицательными ее сторонами. Последние только не нужно преувеличивать.

## III. Сравнение периартер. симпатектомии с другими операциями.

Для того, чтобы ответить на вопрос—имеет ли с. специфическое действие нужно привести в известность целый ряд фактов, имеющих отношение как к сосудам, так и к нервам; из них явствует, что о специфичности с. можно говорить лишь с крайней относительностью. Так как главным последствием с. является реактивная гиперемия, то чрезвычайно существенно именно это явление, которое не оспаривается почти никем из авторов, принять за критерий определенного воздействия той или иной оперативной манипуляции.

Если мы начнем с операции на первых стволах, то представляется возможным отметить, как общее правило, что и в нормальных, и в патологических условиях, различные операции на нервах ведут к рэактивной гиперемии и дают лечебный эффект в целом ряде случаев, при которых применяется с. Перерезка нерва, нейролиз, вытяжение нерва в общем дают одинаковые результаты. Русские работы Поленова, Шамова установили с несомненностью, что при повреждении нервных стволов различные операции на них приводят к гиперемии и излечению трофических, язвенных процессов, до 70 проц. всех случаев, при чем наблюдаются те же черты, что и при с.—а именно, рецидивы в весьма большом числе случаев, и лишь в сравнительно небольшом проценте—прочные результаты. Что эффект в этих случаях зависит не от восстановления проводимости по нервному стволу доказывается тем, что гиперемия, как и при с., развивается немедленно, а заживление происходит в первые недели после операции. Такие же эффекты в смысле лечебном и гиперемии описаны не только при операциях, восстанавливающих непрерывность нерва, но и при ряде других. Удаление рубцов дает такой же результат. Если даже рубцов нет, то многие проделывают так наз. переневральную с. (вместо периартериальной)—Scalone и др. Итальянец Negro предложил удалять ткань, окутывающую нерв, не оперативным путем, а при помощи электролиза, направленного на неврилемму. Удаление невром при перерезке нерва ведет к тому же результату. Наконец, воздействие на нервный ствол при помощи каких-либо химических веществ или иным путем приводит к тому же. Многие употребляют вытяжение нерва (Bertane Bartescu et Chipault, Volkmann) Lawen предложил замораживание нерва, Разумовский—впрыскивание алкоголя в нервы. Руководствуясь мыслью последнего, Якобсон получил два случая излечения при каузалгии, Окиншевич—такие же результаты в 80 проц. своих случаев каузалгии, Шапкайц—в 12 случаях применял ин'екцию спирта при гангренах и получал то же, что и при с.—прекращение болей, временную остановку процесса,—в одном случае даже излечение *).

Перерезка нерва дает те же результаты, что представляет собою до известной степени парадокс, так как мы знаем, что повреждение нерва ведет часто к трофическим расстройствам. На этом приеме основаны предложения целого ряда старых авторов, а в последнее время Молоткова. В числе авторов, которые получали заживление язв после резекции различных нервов (n. tibialis, saphenus), надо назвать Eloesser, Mouchet et Guillemin, самого Молоткова, Сапожкова, Чернышова, Поленова, Герцена, Левитского,

*) Большое число случаев излечения от впрыскивания алкоголя в нервные стволы получил Boit. Он перечисляет благоприятные результаты при хронических язвах голени, при туберкулезе кожи; при гангренах он видел исчезновение болей так же, как и при с.

Вредена, Гессе, Федорова, Заблудовского и других. Отмечено влияние перерезки нервов на заживление костных переломов, на течение воспалительных процессов. На XVII с'езде Греков счел возможным резюмировать целый ряд данных, касающихся этого вопроса, в следующих словах: „перерезка чувствительного нерва влияет на течение различных процессов в тканях путем, повидимому, гиперемии и видоизменения физико-химических свойств клеток".

Все эти данные позволяют утверждать с полной несомненностью, что действие различного рода оперативных вмешательств на нервах в целом ряде своих последствий весьма напоминает те же явления после с.

Сама операция на сосудах за время своего существования подвергалась различным видоизменениям и в результате их от первоначального предложения Leriche'а в сущности ничего не оставалось. Так как удаление адвентиции целиком стало признаваться опасным, то начали уменьшать слой подлежащей удалению ткани (на чем особенно настаивает Поленов). Вместо 10-12 см. обнажения артерии, ограничивались с. на пространстве 1—2 см. (Ahrens). Kreuter рекомендует даже производить удаление адвентиции не по всей периферии, а только на половине окружности артерии, на небольшом протяжении. Некоторые полагают, что нет необходимости удалять адвентицию путем ножа, а можно добиться тех же результатов при помощи физиологического ее выключения, для чего смазывают адвентицию 5-процентной карболовой кислотой или впрыскивают в нее алкоголь. Наконец, есть предложение не удалять адвентиции, а ограничиться механическим раздражением артериального ствола, что дает те же результаты в смысле реактивной гиперемии. Опыт с заменой основного способа Leriche'а различными комбинациями слишком мал для того, чтобы в смысле лечебных результатов можно было бы их сравнивать между собой, но физиологический эффект в смысле гиперемии при всех этих видоизменениях имелся налицо.

Необходимо отметить наблюдения, указывающие на то, что путем обнажения вены, иногда удается получить приблизительно те же последствия, как и путем работы на артерии. Liek описал резкую гиперемию, которая последовала однажды (и долго держалась) после операции на поверхностной вене ноги. Николаев получил резкие сокращения артерии после денудации вены. Kuttner, Baruch, Bier, Payr отмечают, что травма вены (или ее перевязка) может вести к спазму артерии.

Соответственные результаты, в смысле воздействия на трофические процессы, получались, однако, не только после операции на нервах и на сосудах, но и после простых кожных разрезов.

Rieder получил эффект заживления от одних кожных разрезов в 3 случаях. На его наблюдения ссылались противники с., доказывая как раз отсутствие какой-либо специфичности в с-ектомии. Более систематические наблюдения принадлежат в русской литературе Эпштейну (в эксперименте), и Джанелидзе (в клинике). Джанелидзе имел 4 удачных (из них 3 — после повреждения нерва) и 2 неудачных случая. Разрезы делались то выше язвы на той же ноге, то около язвы.

Если перейти к отдельным группам заболеваний, поместив их в том же порядке, что и в 1 главе, то мы можем указать нижеследующие факты (в кратких чертах).

**Каузалгия.**

Лечебный результат описан после операции типа Stoffel'я, впрыскивания в нерв выше места повреждения алкоголя (Sicard,

Разумовский, Якобсон), вытяжения нерва (Brunzel). Однако, все эти операции и наичаще применявшийся невролиз не всегда давали желаемый результат (Thöle, Voelcker, Деик, Турбин, Успенская и др.). Как мы выяснили выше, п. с. не только не уступает другим операциям, но нередко одна только и приводит к эффекту.

### Трофические язвы после повреждения нервных стволов.

Мы уже делали выше сравнение материала Поленова с п. с.— 70 проц. излечений там и здесь, многочисленные рецидивы при обоих операциях.

Удаление рубца на нерве вызывало излечение (Brüning, Kirschner, Hirsch, Молотков); удаление одной только невромы давало тот же результат (Гальперн); Lehman получал то же при замораживании нерва.

Я могу на основании своего опыта подтвердить, что операция на нерве дает результаты, но затем приводит к рецидиву. После этого мы делали п. с. (3 случая) и получали очень хороший эффект.

Kappis также рекомендует при трофич. периф. страданиях операцию на нерве, а потом (или одновременно)—операцию на сосуде. Точка зрения Kappis кажется нам наиболее правильной и приемлемой.

### Трофические язвы и прободная язва стопы.

Boit применяет впрыскивание в стволы 10 проц. алког. раствора. Получается гиперемия и наступает лечебный эффект. Он испытал этот способ при хронических язвах голени, также туберкулезных; при gangr. sen.—наступает исчезание болей.

Молотков наблюдал заживление язв после перерезки чувствительных нервов. Это наблюдали по отношению к язвам варикозным и другие: Сапожков, Чернышев, Поленов, Герцен, Левицкий, Рапопорт; также при язвах другого происхождени—Рутковский, Гессе, Вреден, Вебер.

Bardescu и Chipault рекомендуют растяжение нерва при язве голени; Volkmann—вытяжение n. saphei при ней же; Mouchet Guillemin—резекцию нерва; Läwen—замораживание нервов; Гессе пишет, что язвы на пятках после сыпного тифа заживали после перерезки n. tibialis (даже на одной ноге). В 7 случаях перерезки нервов при трофич. язвах он имел 3 неудачи.

Eloesser и Федоров получали заживление язв после нейротомии. По Rieder'у гиперемия достигается очень хорошо, путем вытяжения нерва. Шамов наблюдал в 13 случаях трофических язв—заживление после невролиза или резекции нерва.

Bertone при трофических язвах в 100 случаях произвел с большим успехом кровавое вытяжения седал. нерва. Иногда, однако, не предохраняет от рецидива и комбинация всех приемов.

Taylor x Rice (1926) применили у 12 больных при трофических язвах голени впрыскивание 10 см. 15 проц. алкоголя в n. ischiadicus, и получили излечение язв в течение 5 недель. Такой осторожный клиницист, как Федоров, в 1927 г., опубликовав результаты перерезки нервов для излечения язв, сообщил об очень хороших полученных им результатах.

Rieder наблюдал в 3 случаях очень быстрое заживление язв после простых разрезов до мышц.

Henschen видел заживление трофической язвы на одной ноге после ампутации другой.

Mühsam сделал у одного молодого человека с язвами на обоих голенях на одной ноге с., на другой—круговой разрез; получился одинаковый эффект.

Мещанинов также сообщил, что после глубоких разрезов кожи, проникающих до фасции, он получил заживление язвы.

Случай, похожий на описанный Джанелидзе, был у меня: язва голени после ожога на огромном атрофическом рубце, существовавшая у больного больше года. Попытки ее излечения ни к чему не приводили. Сделан Филатовский лоскут; раньше, однако, чем он был использован, язва зажила.

Ряд исследований, произведенных д-ром Левиной Х. Б. в моей клинике—исследований кожной температуры, показал, что после разрезов кожная температура повышается поблизости от разреза весьма незначительно, или не повышается вовсе.

Попытка лечения рентгеновских язв разрезами, которую я сделал в двух случаях, окончилась неудачей. Поэтому я не думаю, чтобы способу разрезов при язвах можно было бы придать значение серьезного фактора.

### Перерезка нервов при спонтанной гангрене.

Можно отметить—2 случая Гаген-Торна—успех, 1 случай Грекова—полный неуспех, ухудшение. Разумовский, Боголюбов применяли ин'екции алкоголя при гангрене; Шапкайц—12 случаев ин'екции спирта при гангрене—боли прекращаются, в 1 случае (старч. гангрена)—остановка процесса на $1^1/_2$ года); в остальных—процесс шел дальше, иногда после временного затишья.

По поводу „хронического отека" напомним о взгляде Турнера на отек кисти после переломов луча loco classico и на его предложение вмешательства на n. interossens.

Наконец, случаи несроставшихся переломов дали сростание после предварительной резекции измененной части нерва с последующим нервным швом. (Молотков, Озеров, Козловский).

Sauerbruch сообщает, что ему удавалось добиться исчезновения болей в культях после простого кожного разреза—„у невротиков", добавляет он, Петров наблюдал случай, когда больному с спонтанной гангреной была произведена какая-то случайная операция, и после нее у больного исчезли боли в ноге.

Таким образом, надо считать несомненно установленным тот факт, что целый ряд вмешательств на нервном стволе дает тот же эффект, что и п. с.

Исходя из идеи воздействия на симпатическую нервную систему, некоторые авторы стали делать попытки оперирования на более высоко лежащих отделах этой системы—пограничном стволе, rami communicantes (Leriche Cotte, Royle Герцен). Эти операции давали прекрасный результат, но, к сожалению, и они не застрахованы от главного зла—рецидивов: на 1 Всеукраинском Хирургическом с'езде Герцен сообщил уже о случае рецидива на небольшое число своих операций на погран. поясничном стволе.

Однако, нельзя думать, что все эти оперативные приемы совершенно равнозначущи. Повидимому, в иных случаях лучше помогает п. с., чем операция на нерве, иной раз наоборот. В моем материале имеют место случаи предварительной безуспешной нервной операции, за которой следовала п. с., дававшая эффект: это было при трофиче-

ских язвах и при каузалгии. Свой опыт я могу дополнить некоторыми литературными примерами.

Ряд случаев, где невролиз ничего не дал, а с. дала результат, описывает Успенская (1923). Cotte отмечает, что действие с. на a. hypogastrica и перезки n. n. sacralis одинаково в своем эффекте на дисменоррею.

Gaetano описывает случай троф. язв на обоих ногах. На одной ноге было сделано вытяжение нерва—заживление в 1 месяц, на другой—пер. симп.—заживление в 15 дней, т. е. п. с. дала более быстрый эффект.

Vilardel сообщил о больной 20 л. с поврежд. n. cubitalis—язва у мизинца—шов нерва—заживление в 20 дней—через 15 дней рецидив, гангрена мизинца, громадная язва—с.—заживление в 21 день—результат стойкий 2½ года.

Durante—1 случай mal perforant; сначала вытяжение нерва, потом с. на a. femor., потом с. на a. peronea и все же через 9 месяцев маленький рецидив.

Все изложенные выше данные позволяют мне целиком присоединиться к выводу Поленова, который я цитирую:

„Различные операции дают почти всегда положительный эффект, т. е. трофические расстройства весьма быстро или исчезают вполне или частично, или же после операций клинические проявления видоизменяются.

При этом необходимо отметить, что методы операций, будь то простой нейролиз или более серьезные вмешательства, например, резекция нерва по протяжению или даже субдуральная перерезка задних спинномозговых корешков, повидимому в первое время после оперативного вмешательства играют одну и ту же роль—непосредственным их эффектом является неизменное исчезновение трофических расстройств.

Затем, что чрезвычайно важно—это факт рецидивов, наблюдаемых почти всегда после всех этих оперативных вмешательств“.

Однако, среди всех этих операций—одновременно и верных и неверных по своим результатам—свое место сохраняет и периартериальная симпатектомия.

## Выводы.

### IV. Показания и противопоказания к п. с.

На основании более чем 1500 случаев из литературы, 300 случаев собранной много русской анкеты и собственного опыта (44 случая п. с.) считаю возможным сделать нижеследующие выводы:

1. Не менее, чем в трети случаев пер. симп. дает непосредственный хороший эффект. В 30 проц. получается, так же если не полное выздоровление, то улучшение ряда симптомов, так что непосредственный результат операции может быть назван удовлетворительным.
2. Весьма часто после благоприятных результатов следуют рецидивы.
3. Окончательное выздоровление в общей сумме всех случаев составляет около 20 проц.
4. На ряду с отрицательными случаями, мы имеем случаи блестящие, которые действительно вполне заслуживают это название. Несмотря на то, что операция представляется не верной по своим результатам, она никоим образом не должна быть отвергнута.
5. С. п. с. вполне успешно конкурируют другие способы—операции на нерве, на пограничном симпатич. стволе, ramisectio sympathica и др.

Но и эти операции неверны по своим результатам, при чем часто п. с. дает хороший эффект после неудавшейся операции на нерве.

6. П. с. показана при каузалгии, трофических язвах и расстройствах, язвах и болях на культях, рентгеновских язвах, белезни Raynaud склеродермии, трофических контрактурах.

7. При всех прочих болезнях ждать успеха от нее не приходится; в самых первых стадиях спонт. гангрены, в прегангренозном стадии, можно пробовать п. с.

8. Противопоказаниями являются склеротические изменения сосудов, тяжелый септический процесс на периферии конечности.

9. Оперировать на артерии нужно:

1) вдали от лимф. желез, 2) в наиболее удобных для развития коллатералий местах. Нет необходимости оперировать непременно у корня конечности.

10. Не следует слишком сильно денудировать артерии, как и не нужно для эффекта операции производить ее на очень большом пространстве по длине сосуда.

---

# К казуистике язв гастро-энтероанастомоза с образованием желудочно-ободочной фистулы.

*Из 1-ой Хирургической Клиники Белорусского Государственного Университета. Директор клиники проф. С. М. Рубашев).*

## Ю. М. Иргер.

24 мая 1927 года в 1-ую хирургическую клинику БГУ поступил крестьянин Б. Р., 49 лет, с жалобами на боли в подложечной области, вздутие живота и частые поносы.

С 1914 года, во время военной службы, больной стал испытывать боли после еды в подложечной области, появилась частая рвота и кислая отрыжка. В 1916 году была произведена операция, при которой была обнаружена язва желудка; после операции больной чувствовал себя здоровым в течение 10 лет. В конце июня 1926 года начались затяжные поносы, стул бывал больше 10 раз в день; поносы постепенно усиливались; для облегчения болей больной искусственно вызвал рвоту. Температура несколько бывала повышенной, слабость прогрессировала.

16 августа 1926 года больной поступил в 1-ю терапевтическую клинику, где был диагносцирован неоперабильный рак желудка и 8 сентября выписан из клиники.

В виду резкого ухудшения состояния 24 мая 1927 года больной был доставлен в 1-ю Хирургическую Клинику БГУ.

При об'ективном исследовании получены следующие данные: положение активное, температура 39°, резкая слабость; незначительная желтушная окраска кожи и склер. Отек верхних и нижних конечностей. Вес 3 п. 15 фун.

Органы пищеварения. Аппетит плохой, сильная жажда, тухлая отрыжка с каловым запахом, горечь во рту. Язык сухой, обложенный; стул 10—20 раз в день. Живот вздут; видна перистальтика. По средней линии между мечевидным отростком и пупком операционный рубец. Небольшой асцит, об'ем живота 80 сан.; резкое урчание в животе. Исследование желудочного сока: общая кислотность 20, свободной соляной кислоты нет, есть молочная кислота.

Больной отмечает незначительную болезненность в области пупка. В обоих легких рассеянные хрипы; тоны сердца глуховатые, пульс 60, удовлетворительного наполнения, лейкоцитов 5.400, эритроцитов 2.630.000. В моче белок, лейкоциты.

В виду резкого истощения и каловой отрыжки нами был поставлен диагноз пептической язвы, прорвавшейся в поперечно-ободочную кишку. При рентгеновском исследовании была обнаружена проходи-

мость pylorus'a и анастомоза, но обнаружить сообщение анастомоза с толстой кишкой не удалось.

7-VI операция (Ю. Иргер). Под местной анестезией серединным разрезом от мечевидного отростка до пупка вскрыта брюшная полость. В пилорической части желудка рубец—повидимому след бывшей язвы; pylorus проходим. Тонкие кишки завернулись и образовали клубок; выяснилось, что наложен задний анастомоз с длинной петлей и энтероэнтероанастомоз по Braun'у при чем желудок, тонкая кишка в месте анастомоза имеют широкое сообщение с селезеночным изгибом поперечно-ободочной кишки на протяжении 4-5 сант. Толстая кишка отделена от желудка и от тонкой; отверстие в толстой кишке зашито двухэтажными узловыми швами. Часть тонкой кишки и желудка в месте анастомоза резецированы. Отверстия в желудке и тонкой кишке зашиты наглухо. В виду проходимости pylorus'a новый анастомоз не наложен. Послойные швы на брюшную рану, операция продолжалась 2 часа. От пептической язвы остался рубец.

После операции больной перенес двухстороннюю пнеймонию, от которой быстро поправился. Поносы стали реже и в дальнейшем совсем прекратились; стул стал нормальным, оформленным, прекратилась отрыжка и боль в животе, больной стал поправляться.

Через две недели после операции несколько повысилась температура и появился кашель; в области правого легкого притупление и ослабленное дыхание. При пункции обнаружена серозная жидкость; одновременно появились отеки на конечностях; в моче белок и лейкоциты. Больной переведен в терапевтическую клинику, где скончался через 6 недель после операции от нефрита.

На основании исчерпывающей работы С. Е. Соколова из русской литературы до 1926 года ему удалось собрать всего 20 случаев желудочно-ободочных свищей на почве пептической язвы; из них в 11 случаях были язвы гастро-энтероанастомоза, а в 9 случаях язвы тонкой кишки. Наш случай является 12-м. До 1925 года в мировой литературе Verbugge собрал 91 случай желудочно-ободочной фистулы.

Данный случай интересен тем, что язва дала себя чувствовать через 10 лет после наложения гастро-энтероанастомоза. На основании литературных данных болезненные явления, указывающие на пептическую язву, возникают в течение первого года после операции. По Соколову из 60 случаев пептической язвы болезненные явления лишь в 4-х появились между 10—25 годами.

Для больных с желудочно-ободочной фистулой характерна каловая рвота; у нашего больного, несмотря на очень широкое сообщение между желудком и толстой кишкой, рвоты не было, а лишь тухлая отрыжка с каловым запахом. Мы склонны это обстоятельство об'яснить тем, что слизистая желудка в области свища была настолько гипертрофирована, что служила клапаном, вследствие чего из толстой кишки в желудок попадало очень небольшое количество каловых масс; пища же, благодаря своей тяжести, свободно попадала в непереваренном виде в толстый кишечник и этим об'ясняется прогрессирующее истощение больного.

Указать момент перфорации пептической язвы в толстую кишку у нашего больного, на основании анамнеза, невозможно; с этим согласны все авторы.

Мы коснемся теперь вопроса заживления пептической язвы, что было нами констатировано у нашего больного во время операции.

Основная язва pylorus'a вероятно, зажила у больного после первой операции Г. Е. еще 11 лет тому назад, так как все явления, характерные для язвы желудка исчезли: во время же операции мы только смогли констатировать рубец в области привратника и его проходимость. Что касается пептической язвы, то от нее также остался лишь рубец. Денк в 1921 году сообщил о 2-х собственных случаях и 7 из литературы заживления пептических язв после образования желудочно-ободочной фистулы: Verbrugge также наблюдал заживление пептических язв после образования желудочно-ободочной фистулы. Возможно, что щелочное содержимое толстой кишки, попадая в желудок, ощелачивает желудочный сок и благоприятствует заживлению пептической язвы, тем более, что у нашего больного мы имели пониженную кислотность, отсутствие соляной кислоты и наличие молочной кислоты.

Несколько слов относительно оперативной техники: нами операция эта произведена исключительно под местной анестезией, общего наркоза больной не перенес бы. Этим обстоятельством, возможно, нужно об'яснить выздоровление больных Glairmont'a, у которого подобные операции под местной анестезией длились от 5 до 7 часов.

Почти все хирурги оперируют радикально: в этом отношении мы согласны с Гальперном, который в своем случае вместо резекции толстой кишки отделил ее от желудка в месте свища, а отверстие зашил 2-х этажным швом, в виду образовавшегося сужения он наложил Colo-colostom'ию. В нашем случае после зашивания отверстия в толстой кишке длиною в 4-5 сант. сужения не получалось и к дополнительному анастомозу не пришлось прибегать.

Подробный перечень литературы см. в работе *Соколова*—Новый Хирургический Архив.

---

# Теоретическая и экспериментальная медицина.

## Некоторые наблюдения над возвратным тифом.

С. И. Ратнер.

Наши сведения о морфологии и биологии спирохет Обермейера очень скудны. Совершают ли спирохеты определенные циклы развития, как это делают, например, плазмодии малярии, и можем ли мы поэтому предположить, что стадия апирексии есть время вырастания нового поколения спирохет, долженствующего дать новый приступ? Где происходит это развитие, и как размножаются они? Почему при естественном и искусственном заражении людей одни переносят 1 приступ, а другие больше (опыты Мочутковского, Мюнха, Мечникова)? Является ли это следствием того, что разные организмы обладают разной сопротивляемостью или это зависит от того, каким поколением произошло заражение, т. е. если заражение, например, произошло спирохетами 2-го приступа, то должны ли спирохеты в новом организме завершить лишь последующие циклы развития, или должны начать с 1-го поколения. Некоторые указания на резкое различие спирохет разных приступов дают опыты Левадиди и Мантейфель с заражением крыс африканскими спирохетами. Опыты Левадиди показали, что сыворотка крови, взятая у крысы в разгаре 2-го приступа, оказывает резкое бактерицидное и опсоническое действие только на спирохеты первого приступа и совершенно не влияет на спирохеты второго приступа. Иначе говоря, спирохеты 2-го приступа отличаются от спирохет 1-го приступа тем, что не чувствительны к упомянутой сыворотке. Это свойство передается по наследству, и спирохеты 2-го приступа даже после прохождения через организм 3-х мышей сохранили эти свойства. Мантейфель доказал, что кровь, взятая у крысы во время 2-го приступа и нагретая до 50° для разрушения спирохет, предохраняет свежих животных только от спирохет 1-го приступа, а не против спирохет 2 го приступа. Опыты Розенталя с европейскими спирохетами, взятыми у больного человека, дали аналогичные результаты.

Таким образом имеются ясные указания на различие биологических свойств спирохет разных приступов, но в общем вопрос еще неясный. Вопрос о способе размножения спирохет тоже окончательно не разрешен. В то время, как одни (Кох) придерживаются теории продольного деления, другие (Chaudin и др.)—поперечного.

Недостаточно или вернее совершенно не освещен вопрос о морфологических изменениях, которые претерпевают в крови больного спирохеты в течение одного и того же приступа, о степени нарастания их от начала приступа до конца и о морфологических изменениях, которым они подвергаются перед исчезновением из крови.

В отношении времени появления спирохет большинство авторов ограничивается замечаниями общего характера, что в первые дни приступа спирохет очень мало, количество их постепенно нарастает и достигает максимума к началу кризиса перед исчезновением (Мочутковский, Щеголев, Chieling, Мечников, Штюмпель). Некоторые (Розенталь) указывают определеннее: что спирохет всего больше на 2-й и 3-й день, но точных цифр о нарастании спирохет в крови во время одного и того же приступа нет. С другой стороны имеются указания, что далеко не во всех случаях исследование крови дает положительные результаты. Так, по данным Лейпцигской клиники, в 197 случаях возвратного тифа нельзя было найти спирохет, при 1-м приступе 3,5%, при 2-м 6,8%, при 3-м—23% всех случаев, Litten в Бреславльской клинике получил отрицательный результат в 13% наблюдений, Левенталь насчитывает 23,5% отрицательных и 76,5 положительных. (Розенталь). Является ли это следствием несовершенства примененной техники, или спирохеты в известное время могут не быть в крови, пока вопрос не решенный.

У меня лично тоже был случай, когда при ежедневном исследовании крови в течение 2-го приступа, я спирохет не находил, в то время как при 1-м и 3-м приступе они были находимы. В свое время я об этом докладывал Трапезундскому Медицинскому Об-ву, высказывая предположение о возможном существовании скрытой формы возвратного тифа, когда в периферической крови спирохет не удается найти.

Почти все исследования сходятся в том, что перед кризисом спирохеты менее подвижны, а иногди сплетаются и образуются целые клубки. Самый момент гибели спирохет освещается различно, в зависимости от того, какая теория—гуморальная или фагоцитозная лежит в основе. По Габричевскому спирохеты перед кризисом под влиянием все нарастающих бактерицидных сывороток изменяются и ослабляются, отлагаются в селезенке и становятся добычей фагоцитов. Новый приступ рассматривается или как следствие того, что, к концу апирексии ослабляются бакцерицидные свойства сыворотки, и сохранившиеся одиночные спирохеты получают возможность размножаться. По Мечникову, спирохеты к концу приступа исчезают из тока крови, отлагаются в селезенке, где между ними и фагоцитами возникает борьба. Оставшиеся невредимые одиночные спирохеты дают новый приступ. Левадиди примиряет эти две теории, указывая на появление в плазме крови опсонинов.

Морфологические изменения спирохет при их гибели рисуется таким образом. По Габричевскому in vitro под влиянием сыворотки иммунизированного животного или бактерицидной сыворотки выздоровевшего больного, спирохеты теряют подвижность, набухают и распадаются. Феномен Прейфера in vivo, а именно: при вспрыскивании спирохетовой крови вместе с апиректической или иммунной сывороткой в брюшную полость мыши и последовательным исследованием эксудата протекает таким образом, что спирохеты начинают обнаруживать в своем теле зернистость, затем постепенно растворяются (Розенталь). По опытам Иверса, Bitters'а, Dreier'а спирохеты, исчезая из

крови под влиянием сальварсана, претерпевают следующие изменения: они начинают менее двигаться, обнаруживают склонность агглютинировать, хуже окрашиваться и, наконец, распадаются или поглощаются фагоцитами. Мамуравский наблюдал, что перед кризисом спиральный ход спирохет сглаживается, в протоплазме замечаются участки различной преломляемости, получается вид четок. Отдельно от этих наблюдений стоит замечательное наблюдение Brein'а, подтвержденное другими авторами, что встречаются внутриклеточные формы спирохет, а в печени и селезенке можно найти экземпляры, свернутые в виде клубка и окруженные оболочкой, они инцистрированы. Понтер полагает, что после кризиса размножение происходит через такие формы.

Имеются указания, что спирохеты во внутренних органах находятся еще долгое время после кризиса. Например, Левенталь обнаружил спирохеты в выделившемся после абсцесса селезенки секвестре спустя несколько недель после 4-го приступа.

Таково современное состояние наших знаний о морфологических и биологических свойствах спирохет Обермейера.

Настоящим хочу сообщить об одном случае возвратного тифа, когда мне удалось проследить нарастание числа спирохет в периферической крови в течение целого приступа, продолжавшегося свыше 3-х суток. Имея обыкновение исследовать кровь больных при всяком повышении температуры, я натолкнулся на случай, когда я у больного взял кровь спустя не более 4-5 часов после начала приступа (в 7 ч. утра при измерении температуры последняя была нормальна, и жалоб со стороны больного не было, а в 11 часов температура была 39,2) и обнаружил всего 1 спирохету в препарате. После этого я стал брать кровь через каждые 3 часа день и ночь, измеряя одновременно температуру и считая пульс. Таким образом мне удалось проследить постепенное нарастание числа спирохет в периферической крови, некоторые морфологические изменения, которым они подвергались и характер их исчезновения. К сожалению, по чисто физическим причинам, я не мог сделать все мазки лично, помогал мне фельдшер, очень перегруженный работой, у которого не все мазки выходили аккуратные. Кроме того, за отсутствием краски Гимса, все маски окрашивались разведенным карболфуксином. Вследствие этого тонкости структуры спирохет нельзя было проследить. Но во всяком случае результаты наблюдения отвечали основной скромной задаче: проследить постепенное нарастание спирохет. Кровь бралась все время одним и тем же способом—уколом пальца, после предварительного мытья его мылом, чистки щеткой и обтирания спиртом и эфиром. Счет спирохет производился при помощи передвижного столика микроскопа. Сосчитывалось, сколько спирохет приходится на 100 полей зрения. Ошибки в сторону уменьшения числа спирохет возможны для тех препаратов, где было много клубков, так как, зачастую, спирохеты так переплетались, что сосчитывать их с точностью было трудно. Я проследил 2 приступа. В одном приступе, я как говорил, брал кровь через каждые 3 часа. Это был 2-й приступ, но может быть и 1-й, так как при неразвитости больного это было трудно установить. Важно то, что это был предпоследний приступ. При следующем приступе—последнем, я брал кровь лишь один раз в сутки в 7 ч. вечера (по техническим причинам). В дальнейшем я буду называть эти приступы предпоследним и последним. Форма заболевания исследованного больного была легкая.

Особенных явлений в клинике его нельзя было отметить. Кривая температуры средней высоты.

Для выяснения того, с какого ряда спирохетой мы имели тогда дело, приведу вкратце клинику бывшей тогда эпидемии возвратного тифа. Общее течение болезни было сравнительно легкое. Смертность не велика, но точных цифровых данных не имею. Число приступов бывало 2, иногда больше, но не больше 4-х. Продолжительность приступов от 3-х дней до 7-8. В 2-х из моих случаев приступы продолжались 1-2 дня, в 2-х других—11 (сестра и фельдшер нашего госпиталя), при чем вопреки мнению многих, что последующие приступы короче и легче первых (Щеголев), в моих случаях бывало, что за приступом продолжительностью 1-2 дня, следовали более тяжелые и длительные. Наиболее тяжелым приступом бывал обычно 2-й. Промежутки между приступами—от 4-х до 12 дней. Кривая температуры приступов бывала самая разнообразная, то в виде однодневного повышения температуры не свыше 39,8 с последующим в течение 2 х дней колебаниями от 37 до 37,5, то в виде внезапного под'ема температуры до 40,2 и сохранения характера continua в продолжение 11 дней и резким внезапным кризисом, иногда в виде быстрого под'ема температуры до 39,8 и последовательными ремиссиями между 38,5—40,5 в продолжение 5-10 дней и резким падением; иногда приступ начинался внезапным под'емом, а заканчивался последовательным в течение 2-4 дней кризисом. В некоторых случаях приступ начинался в виде лестницеобразного под'ема. (а не внезапно) и сейчас же лестницеобразно спускался до нормы, так что получалась правильная дуга. Иногда кривая носила типичный малярийный характер с ежедневными во время всего приступа ремиссиями от 39,2 до 36,0 и даже до 35,7, настолько атипичный для возвратного тифа, что если бы не нахождение спирохет в крови—никоим образом нельзя было бы предположить, что мы имеем дело с возвратным тифом, а не малярией. В литературе имеются указания на возможность такой кривой, но на практике это часто упускают из виду. Словом, кривая приступов бывала самая разнообразная, как по началу, продолжительности, так и окончанию приступа, и единственным надежным критерием для диагностики служило бактериоскопическое исследование. Ложный кризис наблюдался почти всегда в том случае, если приступ бывал последним, окончательным. За приступом без ложного кризиса обычно следовал еще 1 приступ. Обращаю на это внимание, потому что до сих пор в литературе не выяснено значение ложного кризиса и когда он бывает. В моих случаях большей частью бывало, что если приступ оканчивался без ложного кризиса, то в крови клубков спирохет или совсем не было или их было очень мало, а в самих клубках мало спирохет. Наоборот, если приступ оканчивался ложным кризисом, то в момент перед ним в крови появлялось масса клубков, а в каждом клубке масса спирохет. Это проливает свет на значение клубков для прогноза и представляет интерес для выяснения того, каким образом спирохеты исчезают из крови (при каких морфологическсх явлениях). Максимальное падение температуры, которое мне пришлось наблюдать это $6^1/_2°$ (с 41,5 до 35,0). Насколько мне известно, больше максимума падения, отмечаемого литературой (по Штрюмпелю—6 град).

Пульс в тех немногих случаях, когда мне удавалось проследить аккуратно и систематически, оказывался не всегда учащенным, вопреки указаниям литературы (Афанасьев, Chilling); наоборот во многих случаях он оказывался замедленным: 86—100 уд. в минуту при темпе-

ратуре 40,2—40,5. Селезенка бывала сильно увеличена, часто ниже пупка; из особенностей течения отмечу понос, в некоторых случаях легкий, в других очень тяжелый. В 2-х случаях понос был кровянистый с летальным исходом. Обращаю на это внимание, так как о подобных поносах упоминает и литература. Штрюмпель в одном случае, окончившемся смертью, нашел на вскрытии совершенно своеобразное поражение кишечника, представлявшее собою геморрагические и некротические гнезда в слизистой оболочке толстой кишки и нижней части повздошной. Бактериологическое и бактериоскопическое исследование на присутствие в извержениях палочек Chiga Kruse или дизентерийных амеб, произведенное мною в упомянутых двух случаях, дали отрицательные результаты. Надо думать, что упомянутый понос—протозойного происхождения и зависел от нахождения в крови и стенках кишек спирохет. В одном случае было кровоизлияние в ядре Дейтриса, что было установлено спецом по ушным д-ром Элькиным. Иногда наблюдалась болезненность в области мочевого пузыря с умеренным количеством белка. Во время 2-го приступа резко наблюдалась желтуха с нахождением желчных пигментов в моче.

В 1 случае я наблюдал менструации, появившиеся на 4-й день заболевания. Они продолжались на 3 дня дольше обыкновенного, были более обильны и болезненны в области матки. Спирохеты менструальной крови показались мне нежнее и тоньше чем спирохеты из периферической крови. Осложнений со стороны легких и сердца не наблюдалось.

Из всего сказанного можно заключить, что мои наблюдения относились к европейской форме возвратного тифа.

Вернемся к нашему случаю. Результаты исследования морфологических изменений и числа спирохет в предпоследнем приступе мною представлены в виде:

1) протокола

2) температурной кривой и

3) диаграммы.

Из них видно следующее:

1. Поступление спирохет в периферическую кровь происходило как-бы порциями, толчками, образуя как бы „внутренние приступы“, не обнаруживаемые температурой (но больные испытывали чувство холода). Каждая такая порция имеет свое начало, вершину и падение. Всего таких поступлений было 8. Каждая такая порция или „внутренний“ приступ приходится на первые часы каждой половины суток, т. е. приблизительно, после каждых 12 часов поступает новая порция спирохет. Количество спирохет, поступивших в кровь, с каждой порцией постепенно возрастает (от начала приступа), достигая двух максимумов на 48-51 часу и на 60-63 ч. от начала и затем уменьшается. Спустя 4-6 ч. после начала приступа во всем препарате была найдена лишь одна спирохета, через 9 часов от начала число спирохет доходило до 16 в 100 полях зрения, на 15 часу падает до 5, чтоб снова подняться на 18 часу до 11 и снова пасть на 24 часу, т. е. к концу суток, до 1. Дальнейший ход следующий: на 24 часу—74, на 30 ч.—7, на 36 ч.—47 и т. д. Максимум поступления спирохет, как я уже сказал, пришлось на 48-51 ч., когда в 100 полях зрения спирохет было 288-291 и на 60-63 когда их было 292, т. е. на первые часы первой и второй половины третьих суток.

2. Кривая температуры не совпадает с кривой поступления в кровь спирохет, т. е. температура не повышается соответственно увеличенному поступлению спирохет и остается или без изменения или даже слегка понижается (см. диаграмму).

3. Морфологические изменения были следующие: в первые 18 ч. спирохеты являлись короткими с маленькими извивами. Затем с 18-21 ч. появляются тонкие, длинные с завитками на концах, а на 24 часу, т. е. в первые часы вторых суток, на вершине 3-го внутреннего приступа и в начале падения его среди длинных, тонких, хорошо развитых попадаются одиночные без извивов кольцеобразные (т. е. свернутые колечками нити). Число этих колец в конце каждого „внутреннего" приступа сильно увеличивается, а спирохеты начинают слабее окрашиваться. На нижней точке приступа, т. е. в самом конце его и начале следующего, спирохеты очень слабо окрашены, тонки и коротки, а число колец очень велико. При следующем „внутреннем" приступе кольца исчезают, снова появляются длинные спирохеты, которые снова хорошо окрашены.

4. В последний раз спирохеты найдены в крови в небольшем количестве (1 в 100 полях зрения) за 3 часа до обильного пота и за 6 ч. до падения температуры.

5. Во время пота спирохеты в периферической крови не обнаружены.

6. Продолжительность предпоследнего приступа была 81 час.

7. В предпоследнем (II или I?) приступе клубки появились одиночками на 42-м часу посла начала, и вообще этих клубков во время этого приступа было мало. В последние 7 часов этого приступа клубков вовсе не было, а были лишь в небольшем количестве одиночные спирохеты. При последнем приступе клубки являются с 49 часа после начала в большем количестве и наконец на максимальной высоте поступления, в момент перед ложным кризисом, клубки появляются в очень большом количестве и очень бледно окрашены, после чего спирохеты совершенно исчезают.

8. Между предпоследним и последним приступом прошло 200 часов с точностью до 3-х часов.

9. Продолжительность последнего приступа около 140 час.

Таковы выводы из данного наблюдения. Постараюсь теперь связать их с другими наблюдениями и сделать дополнительные выводы:

А) Относительно вывода п. 1-го и 2-го хочу обратить внимание на то, что больные возвратным тифом часто жалуются на чувство внутреннего холода, зноба в то время, как температура не обнаруживает никаких колебаний; невольно возникает вопрос, не находится ли это чувство зноба в связи с поступлением новых порций спирохет, т. е. „внутренними" приступами, при которых, как мы это выше видели, температура остается без изменений.

Второе заключение из п. 1-го—практического свойства, что больше всего шансов найти спирохеты в периферической крови на 48-51 или 60-63 часу после начала приступа, проще говоря, в первые часы первой и второй половины третьих суток. Это точнее определяет приведенное мною выше заключение Розенталя и др., что спирохеты всего легче найти в 2-е и 3-и сутки.

В) Из описания в п. 3 и 7 морфологических изменений, претерпеваемых спирохетами в периферической крови во время одного

и того же приступа, получается следующее впечатление об эволюции спирохет в крови во время одного и того же приступа: будучи вначале „внутреннего“ приступа короткими с малыми извивами (спиралями), спирохеты затем становятся длинными, тонкими, извитыми и образуют на высоте приступа завитки на концах, вслед затем появляются свернутые колечки без извивов нити (молодые формы?) с одновременным исчезновением завитков на концах спирохет (как будто эти кольца образовались из завитков). Как старые, обычной формы спирохеты, так и молодые формы—колечки из нитей слабее окрашены. Этих (колец молодых форм?) особенно много в конце каждого „внутреннего“ приступа на низшей точке наступления спирохет, а затем они с новым внутренним приступом снова исчезают, как будто вырастая в зрелые формы—длинные, хорошо окрашенные спирихеты.

Сделанное мною наблюдение получает большое значение, если мы вспомним приведенное мною выше наблюдение Brein'a, подтвержденное другими авторами, что в печени и селезенке встречаются экземпляры, свернутые в виде клубка и окруженные оболочкой. Как я уже говорил. Гюнтер предполагает, что после кризиса от таких экземпляров происходят следующие поколения. Еще значительнее должен быть интерес к этим колечкам из нитей, если будем иметь в виду постоянство нахождения в крови при исследовании в темном поле зрения, подвижных тонких нитей. Длина их и толщина наполовину меньше, чем обычно спирохеты, и число их различно в различные периоды болезни (Заболотный).

Надо думать, что обнаруженные мною в крови колечки из нитей без извивов и найденные Brein'om в печени и селезенке экземпляры в виде клубка—одни и те же формы, от которых происходят новые поколения. Будучи во время приступа свободными в крови, они после кризиса, вероятно, отлагаются в печени и селезенке, окружаются оболочкой. Последнее помогает им противостоять действию бактерицидных веществ крови, которые как это установил Габричевский, нарастают во время приступа, усиливаются к концу его и ослабевают в конце апирексии. Предположение Габричевского, что новый приступ дают спирохеты, оставшиеся в живых от первого приступа и получающие возможность размножаться, вследствие ослабления к концу апирексии бактерицидных свойств сыворотки, получают большую вероятность.

Признание этих колечек из нитей без извивов за молодые формы спирохет и их образование из завитков взрослых спирохет может внести большую ясность в вопросе размножения спирохет в крови во время одного и того же приступа и в вопросе патогенеза последующих приступов, а признание поступления их в кровь порциями через определенные промежутки с образованием молодых форм делает их развитие более сходным с развитием Protozoa.

В заключение я должен подчеркнуть, что как видно из протокола и диаграммы*) в разобранном нами случае повторилось правило, на которое я указал при обзоре бывшей в Трапезунде эпидемии: предпоследний приступ окончился нахождением одиночных спирохет без клубков и без ложного кризиса. Наоборот, конец последнего приступа сопровождался обилием клубков со множеством спирохет в каждом клубке и ложным кризисом.

---

*) Диаграмма не могла быть приведена по технич. условиям от редакции.

## ПРОТОКОЛ

**времени появления спирохет у больного Кириченко в течение приступа. Кровь бралась через каждые 3 часа. Приступ II (I?).**

| №№ по пор. | Число | Время | | Спир. | Темп. | Пульс | Число спир. в 100 пол. зрения |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 26/II | 11 ч. утра | (спустя 4-5 ч.) после начала приступа. | + (1 в препарате | 39.2 | 90 | 1 спир. в препарате |
| 2 | „ | 2 ч. дня | | + | 38.9 | 93 | 16 |
| 3 | „ | 5 ч. „ | короткие. | + | 40 | 93 | 10 |
| 4 | „ | 8 ч. веч. | | + | 39 | 92 | 5 |
| 5 | „ | 11 ч. „ | хорошо окрашен. короткие с мал. извивами. | + | 39.7 | 93 | 11 |
| 6 | 27/II | 2 ч. ночи | тонкие одиночн. с завитками, хорошо окрашены. | + | 39,1 | 90 | 5 |
| 7 | „ | 5 ч. „ | хорошо окрашены. | + | 39,3 | 90 | 1 |
| 8 | „ | 8 ч. утра | длинные, тонкие, хорошо извитые, попадаются кольцеоб. | + | 38.6 | 90 | 74 |
| 9 | „ | 11 ч. „ | „ | + | 38.2 | 88 | 7 |
| 10 | „ | 2 ч. дня | „ | + | 39.6 | 95 | 21 |
| 11 | „ | 5 ч. „ | „ | + | 40 | 96 | 43 |
| 12 | „ | 8 ч. веч. | одиночные клубки. | + | 39.6 | 95 | 126 |
| 13 | „ | 11 ч. „ | „ | + | 39,2 | 98 | 205 |
| 14 | 28/II | 2 ч. ночи | одиночн. и клубки с крупными и мелкими извивами. | + | 39 | 90 | 288 |
| 15 | „ | 5 ч. утра | „ | + | 39 | 100 | 293 |
| 16 | „ | 8 ч. „ | несколько слабее окрашены, тонкие, одиночные клубки, кольца. | + | 38.9 | 99 | 178 |
| 17 | „ | 11 ч. „ | слабо окраш. много колец, тонкие, маленькие клубки. | + | 39,2 | 97 | 120 |
| 18 | „ | 2 ч. дня | хорошо окраш., нормальн. величины, одиночные бледные или слабо завитые. | + | 39,1 | 95 | 292 |
| 19 | „ | 5 ч. „ | хорошо окрашены. | + | 39.5 | 98 | 156 |
| 20 | „ | 8 ч. веч. | попадаются тонкие очень длинные одиночн. и клубки. | + | 33.5 | 94 | 168 |
| 21 | „ | 11 ч. „ | слабо окрашены. | + | 38,2 | 98 | 128 |
| 22 | 1/III | 2 ч. ночи | бледно окраш., кольцеобр. | + | 38.5 | 93 | 52 |
| 23 | „ | 5 ч. утра | не взято. | — | — | — | — |

| №№ по пор. | Число | Время | | Спир. | Темп. | Пульс | Число спир. в 100 пол. зрения |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 24 | 1/III | 8 ч. утра | хорошо окрашены с завитками и крупными извивами. | + | 38,2 | 90 | 125 |
| 25 | „ | 11 ч. „ | очень бледные с правильными извивами. | + | 38,2 | 97 | 6 |
| 26 | „ | 2 ч. дня | одиночн., но хорошо окраш. | + | 39 | 100 | 11 |
| 27 | „ | 8 ч. веч. | бледные, одиночные. слабо окрашенные. | + | 38,5 | 95 | 6 |
| 28 | „ | 11 ч. „ | очень мало и очень слабо окрашены, мазок хорошо окрашен. | + | 38,6 | 95 | 1 |
| 29 | 2/III | 2 ч. ночи | маленькие. удовлетворительно окрашенные. | + | 38.4 | 90 | 1 |
| 30 | „ | 5 ч. утра (взято во время обильного пота, потом был озноб). | — | — | 38,8 | 105 | — |
| 31 | 2/III | 8 ч. утра | — | — | 36,5 | 90 | — |
| 32 | 3/III | 1 ч. дня | — | — | 36.0 | 90 | — |
| 33 | „ | 7 ч. веч. | — | — | 36.6 | 85 | — |
| 34 | | | Последн. приступы (III или II) | | | | |
| 34 | 10/III | 7 ч. „ | слабо окрашены. | + | 39.8 | — | 2 |
| 35 | 11/III | 7 ч. „ | слабо окрашены тонкие, одно хорошо окрашено. | + | 38.2 | — | 10 |
| 36 | 12/III | 7 ч. „ | часто клубки и кольца, часть хорошо, часть плохо окраш. | + | 40 | — | 146 |
| 37 | 13/III | 7 ч. „ | масса клубков. очень бледно окрашены. | ++++ | 38,2 | — | 353 |
| 38 | 14/III | 7 ч. „ | — | — | — | — | — |
| 39 | 15/III | 1 ч. „ | — | — | 35 | — | — |

**Морфологические изменения спирохет**

в крови больного Кириченко при каждом „внутреннем“ приступе (каждой порции).

№ 1.

короткие. с маленькими извивами.

№ 2.

тонкие. длинные.

№ 3.

тонкие, длинные. с завитками.

№ 4.

среди тонких длинных попадаются колечки. Слабее окрашены.

№ 5.

число колец увелич., слабо окрашены.

№ 6.

длинные, тонкие, колец нет.

# О результатах наблюдения над применением скарлатинозной вакцины по Габричевскому.

Л. С. Марголин.

*г. Гомель.*

В виду особого значения, которое в настоящее время придается прививкам против скарлатины стрептококковой вакциной типа вакцины Габричевского с п. 3 резолюции по скарлатине X-го Всесоюзного с'езда бактериологов, эпидемиологов и сан. (врачей) и практической важности учета результатов опытов вакцинации, считаю небезинтересным поделиться в настоящей статье результатами наблюдения над применением вакцины типа Габричевского в г. Гомеле.

Впервые в г. Гомеле вакцинация против скарлатины была проведена осенью 1924 года.

Увеличившееся количество заболеваний скарлатиной в начале осени, после сравнительно благополучного периода, поступившие сведения о развитии эпидемии в соседних местностях, и наличие в г. Гомеле весьма благоприятных условий для распространения скарлатины (чрезвычайная жилищная скученность—8,6 кв. арш. на жителя, большое количество дет. учреждений и учащихся, неблагоустроенность в сан.-гигиенич. отношении школ и детдомов и пр.) заставили санит. организацию, после тщательной проработки вопроса в специальных совещаниях и Научном Кружке, организовать массовые (вопреки появившемуся несколько м-цев спустя циркуляру НКЗ) противоскарлатинозные прививки, как одно из практических мероприятий в борьбе со скарлатиной, направленное к предупреждению тяжести течения (стрептококковой инфекции) заболевания.

Предварительно была проведена раз'яснительная кампания среди населения—для предупреждения недоразумений, которые могли бы иметь место в случае заболевания скарлатиной привитых.

В течение одного месяца, начиная с половины октября, под общим руководством и контролем Гомельской Санитарной Станции, 6-ю организованными отрядами, состоявшими из школьно-санит. врача и сестры в каждом, было привито 2901 детей скарлатинозной вакциной типа Габричевского, полученной из Государствен. Инст. Эксперимент. Мед-ны (серия № 2).

Прививки были произведены в 13-ти городских школах 1-й ступени, 7-ми детдомах и 2-х детсадах.

Общее число привитых однократно, двукратно и троекратно по возрастам:

| | До 1 года. | 1-5 л. | 5-10 л. | 10-15 л. | Старше 15 л. | Всего |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Привитые 1 раз . . | 4 | 17 | 59 | 117 | 3 | 200 |
| „ 2 раза . . | 7 | 512 | 1122 | 906 | 20 | 2567 |
| „ 3 „ . . | — | 30 | 61 | 43 | — | 134 |
| Всего . | 11 | 559 | 1242 | 1066 | 23 | 2901 |

Сильная общая реакция (температура выше 38° в течение 1-3 дней) отмечена после 234-х прививок (4 проц. всех прививок), при чем после первичных в 132-х (2,3 проц.,) после повторных в 102-х (1,7 проц.) случаях; умеренная, с незначительным повышением температуры, отмечена после 404-х (7 проц.) прививок, из них после первичных в 288-ми (5 проц.), после повторных в 111-ти (1,9 проц.) и после 3-й прививки в 5-ти случаях, (0,1 проц.). Местная реакция отмечена после 1482 всех прививок (25,8 проц.).

В 7-ми случаях (0,2 проц.) после прививок отмечена ангина, в 5-ти (0.15 проц.)—скарлатинозная сыпь.

По окончании прививок рег. карточки на привитых (по форме, указ. в циркуляре НКЗ РСФСР от 12/1-24 г.) были сданы гор. санит. организации, которой производилось эпидемиологическое наблюдение за результатами кампании в продолжение года.

За указанный период времени в городе было зарегистрировано всего 398 заболеваний скарлатиной, из них среди привитых—10 заболеваний (8 после двукратных, 1-троекратной, 1 однократной прививок).

Заболеваемость среди привитых по отношению к общему количеству вакцинированных детей равна 3,4 на 1000, в то время, как среди непривитых достигает 26-ти на 1000, т. е. в 7,6 раз меньше.

Что касается характера скарлатины у привитых, то в 7-ми случаях таковая оказалась необычайно легкой: общее самочувствие удовлетворительное (двое из заболевших перенесли болезнь на ногах), стояние температуры на уровне 38°—39° С не более 3-4 дней, сыпь и ангина во всех случаях незначительные; в 3-х—течение скарлатины носило средний характер.

Срок наступления заболевания после последней прививки—от 2-х недель до 11-ти месяцев; при чем из трех заболеваний среднего по тяжести характера одно наступило через 5 недель после последней (троекратной) прививки, два—через 8 и 10 недель (после двоекратных прививок). Из осложнений среди заболевших привитых в двух случаях после легкой формы скарлатины наблюдался лимфаденит без нагноения, в одном—нефрит.

Все выздоровели; смертность же от скарлатины за этот период среди непривитых была равна 7 проц.

Из других наблюдений нужно отметить, что в детдомах, где прививками было охвачено до 95-ти проц. всех детей (510), за это время был лишь один случай заболевания скарлатиной (Детдом № 2) у ребенка, случайно не подвергшегося прививке, при чем последний до госпитализации в течение двух дней находился в детдоме.

Это обстоятельство указывает на полезное действие поголовных прививок и подтверждает опыты земских врачей, купировавших в сельских местностях скарлатину путем поголовной вакцинации по Габричевскому детского населения.

**Опыт вакцинации в очагах скарлатины.**

В конце осени 1925 года и в зимние месяцы 1926 г. вакцинация скарлатинозной вакциной типа Габричевского применялась в детучреждениях, домовладениях и квартирах, где обнаруживались скарлатинозные больные.

Указания в периодической литературе (Е. М. Осипов, М. Д. Федорова—Московской Мед. Журнал № 6 за 1925 г.) об успешных результатах применения вакцины в очагах скарлатины и целый ряд благоприятных наблюдений из предыдущего нашего опыта послужили основанием для этого.

Возможность применения предохранительных прививок по Габричевскому в очагах скарлатины без опасения наступления у вакцинируемых отрицательной фазы вакцинации (понижения сопротивляемости контагиозному началу) может об'ясниться тем, что, согласно современному взгляду большинства исследователей, стрептококковая инфекция, против которой направлена вакцинация, является лишь присоединяющейся позже вторичной инфекцией; успешное действие стрептококковых вакцин Габричевского и Дика, в смысле несомненного влияния на облегчение течения скарлатины, подтверждает это предположение.

Всего вакцинации в очагах подверглось 455 детей, из них:

| | До 1 года | 1-5 л. | 5-10 л. | 10-15 л. | Всего |
|---|---|---|---|---|---|
| Привито 1 раз . . . | 1 | – | 3 | 2 | 6 |
| „ 2 раза . . | 2 | 7 | 13 | 5 | 27 |
| „ 3 „ . . | — | 104 | 202 | 116 | 422 |
| Всего . | 3 | 111 | 218 | 123 | 455 |

Наблюдением установлено, что 89 (фактически больше) находилось в тесном контакте с больными от одного до четырех дней (из этого числа заболел лишь один ребенок через месяц после третьей прививки); в 3-х очагах дети (11 чел.) оставались в одном помещении при весьма неблагоприятных санитарно-гигиенических условиях с больными на все время заболевания (отказ от госпитализации); из них никто не заболел. Из других моментов наблюдения можно отметить, что в некоторых семьях заболевали исключительно неподвергшиеся прививками дети, в то время, как привитые, находясь с ними вместе, оставались здоровыми.

Из всех привитых заболело до 1 января 1927 г. всего трое; причем один ребенок на третий день после второй прививки (повидимому вакцинирован в инкубационном периоде), двое—через 4 недели и 3 месяца после троекратных прививок.

У всех заболевших течение скарлатины легкое, без осложнений; все выздоровели.

**Заключение:**

1. Прививки скарлатинозной вакциной типа Габричевского, при правильном их применении, совершенно безопасны, несомненно влияют на повышение сопротивляемости организма против стрептококковой (вторичной) инфекции, что выражается в легком характере заболевания у привитых, и, повидимому, у значительной части детей вызывают временную невосприимчивость к самому вирусу скарлатины.

2. Предохранительные противоскарлатинозные прививки могут быть производимы при возникновении скарлатины, в очагах ее. Это обстоятельство особенно важно в деле борьбы со скарлатиной в сельских местностях, где проведение массовых прививок не представляется пока возможным.

3. В виду невыясненного в достаточной степени значения состояния глоточных миндалевидных желез в отношении восприимчивости к заболеванию скарлатиной и в отношении всевозможного рода осложнений при этой болезни, желательно при опытах вакцинации учитывать это обстоятельство, выделяя для прививок группы детей, страдающих хроническими заболеваниями носа и носоглотки (с пониженными защитительными свойствами миндалевидных желез) и устанавливая соответствующее наблюдение.

В настоящее время в г. Гомеле закончилась вакцинация (комбинированной вакциной из Инст. Заразн. Болезней им. Мечникова) около 700 детей, при чем последнему обстоятельству при выделении контингента детей было отведено особое внимание. Наблюдение за результатами прививок продолжается.

---

# Отчеты и корреспонденции.

## О деятельности Гомельской санитарной станции за 5 лет (1922—27 г.г.)

Л. С. Марголин.

В апреле 1922 г. Гомельским Губздравом было приступлено к организации Санитарной Станции. По мысли выдвинувшего проект создания Санитарной Станции б. Зав. Губсанэпидом д-ра К. Ю. Кононовича, последняя должна была об'единить все противоэпидемические учреждения и являться научно-технической базой Губернской Санитарно-эпидемиологической организации.

В первое время к проекту Губздрава со стороны врачебного общества было самое скептическое отношение. При такой обстановке и чрезвычайно тяжелых обстоятельствах материального характера (эпоха ликвидации ряда учреждений, переход на бюджетные основы) из полуразрушенного здания б. городской больницы, путем капитального ремонта, устройства специальных отделений, к 1-му ноября 1922 г. возникает первое в губернии профилактическое учреждение—„Санитарная Станция им. 5-й годовщины Октябрьской Революции".

Первоначально при Санстанции имелись: бактериологическое, химическое, стационарно-дезинфекционное, прививочное отделения, изолятор для подозрительных по инфекционным заболеваниям больных; вскоре присоединились переведенные из г. Могилева Пастеровская станция и оспенный телятник; в 1923 г. открылось малярийное отделение и недавно—профессиональной гигиены.

Все отделения размещены в большом одноэтажном каменном корпусе, одном каменном и двух деревянных флигелях.

Уже первый год работы Санстанции показал ее чрезвычайную полезность, большие перспективы в будущем; скептическое отношение резко меняется—Санстанция становится одним из популярнейших учреждений в губернии. С этого времени работа Санстанции протекает при неизменно благожелательном отношении со стороны местной общественности и поддержке госучреждений.

Главной особенностью работы Санитарной Станции является ее практическая установка и теснейшая связь с санитарной организацией в деле проведения противоэпидемических мероприятий и улучшения санитарных условий обслуживаемого района. Большинство работ выполняется отделениями по заданиям санорганизации, в свою очередь для различных обследований Санстанция пользуется аппаратом саннадзора, который как бы является отделением Санстанции. Все возникающие вопросы научно-практического характера разрешаются на особых совещаниях (за 5 лет—62), в коих принимают участие врачи и лаборанты Санорганизации и Санстанция. Этой связи содействует также и то, что заведывание Санстанцией и Окружной Санорганизацией об'единено в одном лице. В настоящее время в Санстанции работают 7 врачей, 2 врача-химика (окончивш. медицинский и естественный факультет) и 2 кандидата естественных наук. Все заведывающие

отделениями пользовались научными командировками. При Санстанции имеется своя библиотека и получаются 8 русских, 2 немецких и 1 французский журнал.

### Работа отделений.

Бактериологическое отделение (Заведывающий кандидат естественных наук—Е. В. Хавина). Отделение об'единяет собственно 3 под'отделения: бактериологическое (в тесном смысле слова), серодиагностическое и клинических анализов. Бактериологическое отделение было развернуто еще за несколько месяцев до официального открытия Санстанции из остатков имущества б. городской лаборатории. Первый год прошел, главным образом, в организационной работе: приобретались необходимые аппараты и приборы, налаживалась постановка реакции Вассермана, устроен питомник для морских свинок и кроликов. Инвентарь все время пополнялся при поддержке Губздрава и на средства, вырученные за платные анализы. Деятельность отделения быстро развивалась. Личный состав к 3-му году существования увеличился до заведывающего и 3 лаборантов, что было вызвано непрерывным ростом работы. Исследования (клинические, серологические, бактериологические и эпидемиологические) производились по требованиям санитарного надзора, разнообразных медицинских учреждений города и быв. губернии, воинских частей, Зап. ж. д. Бактериологическая работа заключалась в посевах на дифтерию, выявление характера различных ангин, посевах на сибирскую язву, менингококки, тиф, дезинтерию и т. д. Совместно с саннадзором были проведены плановые исследования воды реки, водопровода и многочисленных колодцев города и округа—для определения степени бактериологического загрязнения и на присутствие микробов брюшного тифа при городской эпидемии в 1925 г. Из обследований эпидемиологического характера можно отметить постоянно проводившееся выявление детей—бациллоносителей дифтерии (вирулентность время от времени проверялась биологически на свинках), обследования на бациллоношение брюшного тифа у работников предприятий общепита; проводился контроль при массовой вакцинации детей по Габричевскому, при производстве реакции Шика у детей детдомов (21 проц. положительных результатов). В отделении изготовляются автовакцины, антивирус по Безредка, крысиный и мышиный тифы. Из серодиагностических анализов производились исследования крови по Вассерману, Мейнике разных модификаций и Сакса Георги. Р. Вассермана до сих пор ставилась раз в неделю; количество исследований колеблется от 50 до 80. Периодически присылается кровь с нарочным из уездов (Клинцы, Стародуб, Новозыбков). Отделение придерживается методики, предложенной Центральной Комиссией: 2 специфических антигена получаются из Института НКЗ; третий—из бычьего сердца своего изготовления, остальные ингредиенты также своего изготовления. В последний год из осадочных реакций применяется исключительно Мейнике МТR, которая дает около 90 проц. совпадений с р. Вассермана. Был проведен ряд плановых работ по обследованию (совместно с Вендиспансером) Союза Нарпит на люэс и гонорею, крестьян окружающих деревень на люэс, при чем в некоторых селениях был выявлен значительный процент заболеваний. Прошло также большое количество р. Видаля, Вейль-Феликса, посевов крови на стерильность и т. д.

Несмотря на то, что при больницах имеются небольшие лаборатории, клинические анализы поступают в чрезвычайно большом коли-

честве. Из плановых работ надо отметить широкое обследование школьников и детей площадок, детдомов и ясель на трихофитию и паршу, а также на глистные инвазии. Материалы исследования говорят о сильном распространении некоторых паразитарных болезней (трихофитии) в Гомеле. Анализы испражнений на глисты дают почти сплошь положительные результаты. Встречаются, главным образом, аскариды и трихурисы, нередки и ленточные глисты. Консультантом отделения проведена специальная работа „к характеристике глистных инвазий в Гомеле". Было произведено массовое исследование крови и мочи физкультурников и красноармейцев во время различных состязаний.

За 5 лет через бактериологическое отделение прошло всего 56.680 исследований, из коих бактериологических и бактериоскопических 17.861, серологических 10.371, клинических 28.448.

В отделении стажировал ряд врачей биологов и студентов, частью по собственной инициативе, частью командированных различными учреждениями города и б. губернии и ВУЗ-ми (Ленинград, Одесса и Смоленск). Необходимо отметить большую нагрузку сотрудников отделения.

Занимаемое помещение тесно, но в ближайшее время будет предоставлена еще одна большая комната, кроме того предполагается вскоре провести дневной электрический ток, что даст возможность установить электрический термостат, центрофуги и т. д. Из более ценного имущества в отделении имеются: 5 микроскопов (частью изношенных), 2 термостата, поляриметр, микротом, автоклав и др. Ощущается нужда в микроскопах и некоторых красках и реактивах заграничного изготовления, отсутствие которых тормозит работу.

Химико-гигиеническое отделение. (Зав. врач-химик, С. М. Марголин). Отделение было основано в 1922 г. и начало функционировать за несколько месяцев до официального открытия Санитарной станции. В первый год существования лаборатории ощущался недостаток в самых необходимых приборах и реактивах и потому деятельность химического отделения не могла быть развернута в достаточной мере. Обслуживалось это отделение единственным работником—заведывающим. В 1923 г. отделение обогатилось кое-каким имуществом и поэтому деятельность его при том же одном работнике протекала более успешно. В 1924 г. штат химического отделения был увеличен вторым работником (провизором А. И. Гордон) и значительно пополнено имущество. С 1925 г. в отделении вместо уехавшей А. И. Гордон работает врач-химик А. М. Кацеленбоген.

Что касается количества и характера, прошедших через отделение исследований, то они видны из следующей таблицы:

| Род анализов | 1922 | 1923 | 1924 | 1925 | 1926 | 1927 (9 месяцев) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Сан.-гигиенич. . . . | 96 | 279 | 301 | 763 | 809 | 1127 |
| Судебных . . . . | 7 | 28 | 35 | 59 | 62 | 32 |
| Микрохимических . . | — | — | — | — | — | 97 |
| Всего . . | 103 | 307 | 336 | 822 | 909 | 1256 |

Из числа санитарно-гигиенических:

| РОД АНАЛИЗОВ | 1922 | 1923 | 1924 | 1925 | 1926 | 1927 (9 месяцев. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Мясных и рыб. прод. . . | — | 51 | 40 | 125 | 121 | 106 |
| Молока и сливок. . . | 37 | 37 | 34 | 111 | 149 | 314 |
| Масло коровье . . | — | 46 | 18 | 84 | 88 | 60 |
| „ растительное . . | — | — | 13 | — | 7 | — |
| Сметана . . . . | — | 2 | 9 | 162 | 114 | 251 |
| Мучные прод. . . . | — | 3 | 26 | 14 | 19 | 37 |
| Сыр. . . . . | — | — | 3 | 11 | 51 | 30 |
| Фрукт. напитки . . . | — | 32 | 26 | 35 | 17 | 28 |
| Кондитерское изделие . . | — | 8 | 20 | 87 | 66 | 42 |
| Краски . . . . | — | 13 | 19 | 64 | 78 | 32 |
| Вода . . . . . | — | 6 | 17 | 18 | 69 | 81 |
| Кино . . . . | — | — | — | — | 5 | 6 |
| Пиво . . . . | — | — | — | — | 29 | 10 |
| Спирт и водка . . . | — | 33 | 10 | 9 | — | — |
| Эфирные масла . . | — | 6 | 14 | 8 | — | — |
| Одеколон . . . . | — | 12 | 12 | 7 | — | — |
| Мыла . . . . | — | 11 | 22 | 7 | — | — |
| Воздух. . . . | — | 1 | 1 | 11 | — | 88 |
| Фарм. препараты. . . | — | 12 | 17 | — | — | 42 |

В число санитарно-гигиенических исследований входят работы по обследованию обращающихся на рынке продуктов, систематическое обследование водопроводной воды, из рек и колодцев, а также и сточных вод больниц и фабрик. Сюда же включены и исследования воздуха на предприятиях Гомельщины, которые до последнего года производились спорадически, а ныне приняли систематический характер. Благодаря контролю удалось из'ять большое количество недоброкачественных пищевых продуктов (особенно рыбы и мяса—в одном 25 г. было из'ято свыше 6.000 пуд.) и добиться повышения качества обращающихся на рынке продуктов: значительно реже стало попадаться разбавленное водою молоко, среднее процентное содержание жира в молоке повысилось с 3,1 проц. в 1924 г.-25 г. до 3,6 проц. в 1927 г.; значительно улучшилось качество сметаны и масла (грубые фальсификации в последнее время совершенно не пападаются), окончательно искоренены употреблявшиеся для окраски кондитерских изделий и напитков каменно-угольные краски; при некоторых больницах и фабриках в результате исследований сточных вод устроены химические и биологические установки для очистки вод до спуска их в реку. Многие колодцы, оказавшиеся загрязненными, были закрыты и вместо

них усилена водопроводная сеть и вырыты новые колодцы. С 1927 г. приступлено к производству некоторых микро-химических и сложных клинических исследований (сахар, билирубин, остаточный азот в крови, ферменты желудочного и дуоденального сока и др.). Микрометодика не может быть пока развернута в полной мере из-за отсутствия реактивов и приборов, к получению которых из-за границы приняты меры.

В настоящее время в химико-гигиеническом отделении ведутся работы по выработке штандартов молочных продуктов и разрабатывается упрощенная методика исследования остаточного азота в крови.

В отделении проходили стаж врачи-работники с мест (из уездных лабораторий) и каждое лето командированные ВУЗ'ами учащиеся.

Из более ценного имущества имеются: 2-ое аналитических весов, микроскоп, микроспектроскоп, электр. пылесос, 2 психрометра, ртутн. барометр и др.

Пастеровское отделение. (Зав. д-р Б. Д. Рабинерзон).

Отделение открылось в феврале 1923 г. Инвентарь частью был перевезен из Могилева (б. Пастер. станции), частью пополнялся ежегодным снабжением из НКЗ; в настоящее время отделение обладает сравнительно достаточным оборудованием. Помещение состоит из 5-ти комнат: 1) ожидальня, 2) прививочная, 3) лаборатория, 4) секционная, 5) канцелярия (общая с канц. Станции). В течение почти 5 лет в отделение обращалось за помощью—5100 чел., которым произведено свыше 69.000 прививок. Работа в отделении ежегодно нарастала: в 1923 г. обращавшихся за помощью покусанных было 633 ч., в 1924 г.—822 чел., в 1925 г.—1100 ч., в 1926 г.—1645 чел., за 9 мес. 1927 г.—1268 ч.,

Наибольшее количество обращавшихся падает на жителей б. Гомельской губ., остальная часть—из соседних губ. и округов. В 1923 г. из разных губ. поступило 2,3 проц. общего количества обращавшихся, в 1924 г.—27 проц., в 1925 г.—11 проц., в 1926 г.,—4,2 проц. в 1927 г.—48 пр. (высокий проц. 27 года об'ясняется тем, что 3 больших уезда—Новозыбковский, Клинцовский, Стародубский отошли к РСФСР и не входят в состав нашего округа). Во время пользования прививками большинство иногородних покусанных помещалось в общежитии при Пастер. отделении, где они пользовались бесплатным помещением и питанием. Общежитие, в начале своей деятельности расчитанное на 25 коек уже с 24 г. пришлось расширить, в виду его переполнения, до 40 коек, причем в летние месяцы, когда прилив больных наибольший, и это количество оказывалось недостаточным. Всего через общежитие прошло: в 1923—746 ч., в 1924 г.—896 ч., в 1925 г.—868 ч., в 1926 г.—1096 чел., в 1927 (за 9 месяцев)—950 чел.

Питание покусанные до 1926 г. получали в столовых ГЦРК, а с 1926 г. была открыта своя столовая при Санстанции, где выдавалось до 50-ти пайков в день. Питание вполне доброкачественное и достаточное.

Методика Пастеровских прививок. Прививки покусанным производятся по интенсивному методу живым вирусом. Свежий неослабленный высушиванием virus fixe бешенства, сохраняющийся в нейтральном 60 проц. глицерине не больше одной недели, растирается в стеклянном бокале стеклянной палочкой в физиологическом растворе поваренной соли (0,85 проц.) до получения гемогенной 10 проц. эмульсии. Эмульсия фильтруется через стерильную марлю и затем вспрыскивается под кожу живота по следующей схеме:

| | | |
|---|---|---|
| Первые | 3 дня | —0,3 |
| следующие | „ „ | —0,5 |
| „ | „ „ | —1,0 |
| „ | „ „ | —1,5 и т. д. до 2-х куб. см. |

Дойдя до 2-х куб. см. количество вспрыскиваемого материала в тех же количествах уменьшается каждые 3 дня до 1 куб. см. Минимум назначаемых прививок—7; максимум—21. В тяжелых случаях при множественных укусах в лицо, голову и т. д. применяем повторный курс лечения через 2 недели после первого в количестве 14 прививок.

Продолжительность лечения прививками сокращена почти вдвое против времени, принятого в других Пастеровских станциях. Вместо 18—20 дней, в Гомеле, в среднем, прививки продолжаются 10—15 дней. Осложнений после прививок (нагноения, парезы, параличи) мы не наблюдали.

Смертность от бешенства среди лечившихся очень небольшая. За 4 года из 4200 лечившихся умерло 7 человек, что составляет 0,16 проц. общей смертности. Как видно из прилагаемых сведений об умерших, 5 человек заболело до истечения 30 дней со дня начала прививок и только 2 человека спустя: один через 66 дней, другой—47 дней. Таким образом проц. редуцированной смертности—0,04 проц.

Умершие от бешенства:

1. Горелик Л. $3^1/_2$ г. из местечка Калинковичи. 7-IV—1923 года. покусан неизвестной собакой в лицо и голову, 14-IV обратился в Пастеровское отделение. На волосистой части головы 3 разорванных раны и одна рана на левом виске. Все раны гноящиеся. До поступления в Пастеровское отделение в Калинковической больнице были наложены швы, которые в отделении были сняты. Назначена 21 прививка с повторением курса через 2 недели. На 17-й день, т. е. до окончания прививок, заболел водобоязнью и через 2 дня умер. Инкубация 25 дней.

2. Вейчик И. 13 лет, ученик м-ка Жлобин. 30-X 1923 г. покусан неизвестной собакой в лицо. На 3-й день, т. е. 9-XI был доставлен в отделение. На носу зашитая рана. Назначен курс лечения в 21 прививку. Курс лечения проделал аккуратно и 24-XI выписался домой. По полученным сведениям 1-XII он заболел бешенством и умер. Инкубация—31 день.

3. Пшетульский С. 40 лет, слесарь из м-ка Горваль. Покусан своей собакой 28-VI 1925 г. в левую руку. Прибыл в отделение 30-VI. На левой кисти имеется незначительная царапина. Гр-н Пшетульский хронический алкоголик, апоплектического сложения с признаками артериосклероза. Назначен курс лечения в 12 прививок, которые он проделал аккуратно и 10-VII выписан домой. 25-VIII снова доставлен в отделение с признаками бешенства; 27-VIII умер в изоляторе Санстанции, т. е. на 22 день от начала прививок. Инкубация 30 дней.

4. Змушко И. 37 лет, машинист ст. Калинковичи. 8-III 1921 г. покусан неизвестной собакой за кисть правой руки. На 3-й день обратился в отделение, где аккуратно проделал курс предохранительных прививок до 25-III, т. е. 18 прививок. На 28 день после окончания прививок, т. е. 23-IV заболел водобоязнью и умер. Инкубация 47 дней.

5. Лисеенко И. 14 лет, крестьянин Стародубского у. Покусан неизвестной собакой в лицо 4-IV 1926 г. На левой щеке имеются множественные струпья. 9-IV т. е. на 6-й день после укуса обратился в отделение, где назначен курс в 25 прививок с повторением через 2 недели. Не доделав первого курса, т. е. на 17-ой прививке заболел водобоязнью и умер в изоляторе Санстанции 27 VI-26 г. Инкубация 23 дня.

6. Репиков В. 50 лет, крестьянин Гомельского уезда. Покусан 1-VII-26 года за левую кисть неизвестной собакой. На всех пальцах имеются множественные царапины. Обратился в отделение на 5-й день после укуса, где ему назначен курс лечения в 21 прививку. Аккуратно проделав курс прививок, выписан домой 24-VII-26 г. По полученным

сведениям, Репиков 13 октября 1926 года заболел и умер от бешенства. Инкубация 73 дня.

7. Шевкуненко Г., 43 лет, крестьянин Речицкого уезда. Покусан 18-IX в лицо неизвестной собакой. На обоих губах имеются мышечные ранки. На 4-й день после укуса обратился в отделение, где ему назначен курс в 30 прививок с повторением через 2 недели. 19 ноября, не окончив первого курса, заболел и 21-X умер при явлениях гидрофобии в изоляторе отделения. Инкубация 33 дня.

В феврале 1925 г. при Пастеровском отделении была открыта лаборатория для исследования мозгов подозрительных по бешенству животных. Для окрашивания телец Negri применяются различные способы (Манн, Ленц, Пуль-Эпштейн, Штуцер); по нашим наблюдениям наилучшей окраской является окраска по Манну, каковой мы больше всего и пользуемся. Кроме того, ведется работа по изучению биологических свойств virus fixe, сохраняемости вирулентности и в эмульсии в течение различных сроков и при разных условиях.

Борьба с бешенством ведется совместно с саннадзором путем издания обязательных постановлений, организации (в городах) ловли бродячих животных, помещения статей в местной прессе и других санитарно-просветительных мер. Среди крестьян общежития также проводится широкая санитарно-просветительная работа в виде бесед, лекций, читки, экскурсий и т. д.: в этом принимают участие все врачи санорганизаций.

Оспенный телятник. При Пастеровском отделении с 1923 г. по 1927 г. функционировал оспенный телятник, который обслуживал быв. Гомельскую губернию детритом. В 1923 г. было обработано 11 телят и изготовлено 204.000 оспенного детрита: в 1924 г.—6 телят—158.000 детрита; в 1925 г.—7 телят—200.000; в 1926 г.—6 телят—250.000. Оспенный детрит ежегодно подвергался контролю в Государственном Институте Контроля Сывороток и Вакцин, при чем результаты контроля неизменно оказывались вполне удовлетворительны (прививаемость —100 проц.). С 1927 г. изготовление детрита прекращено, так как таковым снабжает Минский Государственный Микробиологический Ин-тут.

Малярийное отделение (Завед. д-р М. Б. Певзнер). Отделение начало свою работу в 1923 г., когда появилась эпидемия малярии в Гомеле. Организована была амбулатория и лаборатория для исследования крови. С 1924 г. отделение занималось и учетом водного фактора и наблюдением за комарами. Обнаружен был ряд водоемов с личинками Anopheles maculipennis. Из окрыленных комаров обнаружены были только Anopheles maculipennis, другие виды не найдены. Деятельность амбулатории из года в год растет и в настоящее время охватывает всех больных малярией в городе. Максимум первичных больных падает на 1925 г. (см. таблицу).

| | 1923 г. | 1924 г. | 1925 г. | 1926 г. | 1927 г. (9 м-цев) |
|---|---|---|---|---|---|
| Первичных больных . . . | 560 | 649 | 949 | 535 | 611 |
| Посещений . . | 861 | 2287 | 4674 | 1506 | 2835 |

Лаборатория отделения производит исследование крови больных отделения, а также кровь, присылаемую больницами и амбулаториями.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Всего исследований . . . . | 298 | 1681 | 3165 | 1717 | 1562 |
| Положит. результат. . . . . | 180 | 789 | 1117 | 525 | 554 |
| Переходная форма (у первичных больных) . . . . | — | 180 | 608 | 404 | 472 |
| Четырехдневная . . . . . | — | — | 2 | 4 | 2 |
| Тропическая . . . . . . | — | — | 37 | 26 | 19 |

Помимо практической работы отделение вело наблюдение за жизнью комаров в Гомеле, организовывало ежегодно „неделю борьбы с зимовками комаров“ (см. Бюллетень НКЗ РСФСР № 13-14—26 г., ст. Добрейцера), вело наблюдение за глистными болезнями в Гомеле. При обследовании детского населения оказалось 100 проц. пораженности глистами. Обнаружена эпидемия трихинеллеза на людях („К характеристике глистных инвазий в Гомеле“—Русский журнал тропической медицины, № 1—27 г.). Кроме того отделение занималось изучением изоагглютинирующих свойств крови маляриков („К вопросу об изогемагглютинации среди маляриков“ — „Врачебная газета“ № 5 1926 г.), вопросами гематологии и в частности методикой окраски крови („К вопросу об окраске крови и кровепаразитов“—„Врачебная газета № 7).

Отделение Профессиональной Гигиены. (Заведующ. доктор Л. С. Марголин). Отделение открылось в 1927 г. Отдельного помещения, в виду тесноты Санстанции, пока нет (с ноября м-ца предвидится) и работа частью сосредоточена в кабинете заведующего Санстанции, частью в химико-гигиеническом отделении. За короткий промежуток существования отделения им было проведено и закончено обследование профессиональных вредностей и заболеваний на Гомельской щетинной фабрике „Красный Октябрь“. К этой работе были привлечены также врачи лечебных учреждений (Поликлиники и амбулаторий). Результаты обследований привели к конкретным предложениям для улучшения условий труда на фабрике; часть из них уже проведена в жизнь. Материалы обследования разработаны и сданы для печатания.

В настоящее время отделением заканчивается изучение условий труда во вредных цехах завода сельско-хозяйственных машин „Пролетарий“.

Под руководством отделения произведено производственным врачем в Добруше изучение вредностей тряпичного отделения Добрушской писчебумажной фабрики: материалы обследования разрабатываются для печати.

Дефектом в деле изучения профвредностей и профзаболеваний в Гомельщине является отсутствие кабинета для клинических исследований рабочих изучаемых производств, благодаря чему таковые производятся в различных амбулаториях города и без того перегруженных работой и неподготовленных для них.

Отделением предприняты шаги организационного характера к установлению наблюдения в окружной больнице за больными с профессиональной этиологией.

Во время проведенных обследований профвредностей на производствах проведено 142 исследования воздуха (на вредные газы и пыль) и около 400 определений метеорологического фактора, в коих принимали участие врач отделения Переплетчикова и д-р Каценеленбоген.

Изолятор. Назначение изолятора-госпитализация больных, подозрительных по инфекционным заболеваниям, до выяснения диагноза в тех случаях, когда оставление их в домашней обстановке опасно в эпидемическом отношении; служит также стационаром для отдельной Санстанции (малярийное, Пастеровское). Изолятор помещается в 4-х палатах, из которых одна перегородками разделена на три части (ВОХ). Пропускная система строго выдержана. Обслуживается одним постом сестер и сиделок, специального врача нет; для заведывания выделена

д-р Рабинерзон (Пастер. отделение). Штатных—6 к. Движение больных видно из нижеследующей таблицы:

| | 1923 г. | 1924 г. | 1925 г. | 1926 г. | 9 м-цев 1927 г. | Примечание |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Общее число изолированных б-х | 262 | 403 | 283 | 191 | 323 | В 1925 г. принимал. скарл. б-е для стац. леч. (2 м-ца) в виду заполнен. зар. б-цы. В 1926 г. в теч. 3-х м-цев был закрыт. |
| Проведено ими койко-дней | 948 | 1.501 | 1.502 | 874 | 1.182 | |
| В днях: средн. продолж. пребыв. | 3,6 | 3,7 | 5,3 | 4,5 | 3,7 | |
| Из общего числа было: острозаразных | 79 | 102 | 184 | 93 | 124 | |

Для перевозки заразных больных имеется специальный транспорт, которым за 5 лет транспортировано в заразную больницу и изолятор 3.139 больных.

Стационарно-дезинфекционное отделение. Отделение расположено в 4-х комнатах, из коих 2—загрузочных и 2—разгрузочных. Потолок и полы дезинфекционного отделения из железобетона. Имеется 4 станционные камеры (паровая, парофармалиновая и 2 суховоздушные); кроме того с нынешнего года пущена в ход небольшая паровая камера французской фирмы Herchner. В первое время станционная дезинфекция не была популярна среди населения (до устройства дезустановок, за исключением воинских, в городе никогда не было) и вещи для дезинфекции сдавались населением неохотно. Но к концу первого года работы отделения в нем уже регулярно дезинфицировались вещи из всех общежитий города, больниц, мест заключения и т. д. и из квартир после инфекционных больных. За 5 лет в камерах отделения продезинфицировано 132.338 комплектов, за это же время персоналом отделения (1 дезинфекционный инструктор, 2 дезинфектора) произведено по городу 1.923 квартирных дезинфекций. Как камерная, так и квартирные дезинфекции подвергались время от времени бактериологическому контролю с различными результатами. При отделении имеется специальный транспорт для перевозки вещей до и после дезинфекции. Непосредственное наблюдение за работой отделения лежит на одном из санврачей.

**Л. С. Марголин.**

# Работа по детскому патронату в гор. Минске за 1926-27 год.

Опыт работы в домах грудного ребенка говорит за то, что в учреждениях закрытого типа детей трудно вскормить и вырастить. Это об'ясняется массовым уходом—„госпитализмом". Чрезмерная экспозиция детей ко всякого рода инфекциям, острое расстройство питания, падение веса, малый рост, статическая отсталость, общая слабость, лечение заболеваний проходит тяжело и выздоровление затягивается—все это часто встречаем в закрытых домах грудного возраста, что заставляет пойти по другому пути, т. е. по пути индивидуального ухода в отдельных семьях (патронат).

Опыт Москвы по патронату за 1925-й год дал возможность г. Минску пойти по пути отдачи детей на воспитание. В Москве было отдано 415 детей, при чем 61% детей был в возрасте от 6-ти до 12-ти месяцев. Дети были отставшие в весе и в развитии статических функций. % заболевания детей в патронате не отличался от % заболевания детей, посещающих консультацию, дети начали прибывать в весе, статические функции быстрее появлялись, уход за детьми был хороший. Смертность была 7,7%.

Первое Всебелорусское совещание по Охматмладу в 1926 году по вопросу о патронате пришло к следующим выводам.

1. В виду перегруженности домов грудного ребенка, больших расходов по содержанию и наличия госпитализма — первое Всебелорусское совещание по Охматмладу считает необходимым постепенное уменьшение количества детей в домах грудного ребенка, а также постепенную ликвидацию закрытых учреждений, увеличивая за их счет количество учреждений открытого типа.

2. Практическое разрешение этого вопроса первое Всебелорусское совещание по Охматмладу видит в патронировании, т. е. в отдаче детей на воспитание в семьи рабочих и служащих, для которых плата за ребенка не должна служить основным заработком.

С октября 1926 г. работа по патронату в гор. Минске сосредотачивается в Доме Грудного Ребенка № 1. Для заведывания патронатом приглашается специальный врач и выделяется 5 делегаток горсовета. Семьи, куда намечается отдача детей, обследуются сперва врачем совместно с делегатками. Приемные родители направляются в туб. и вен. диспансеры. Врач посещает ребенка 2 раза в месяц и 1 раз в месяц с ним бывает в консультации. К заболевшим детям врач по патронату направляется вне очереди и по мере надобности вызывает различных специалистов. Дети отдавались в семьи рабочих—60%, служащих—30%, остальные в семьи кустарей и крестьян. Плата за ребенка 20 руб. в месяц. Преимущественно дети отдавались в семьи бездетных—70%, что в дальнейшем даст большой % усыновления. В патронате на 1/X-27 г. находится 37 детей, из них 22 мальчика и 15 девочек.

Возраст детей в день отдачи на воспитание:

| | | | |
|---|---|---|---|
| До 3-х месяцев . . . | 3 | 1 г. и 3 м-ца . . . | 6 |
| „ 6-ти „ . . . | 2 | 1 г. и 6 „ . . . | 6 |
| „ 9-ти „ . . . | 8 | 1 г. и 9 „ . . . | 6 |
| „ 12-ти „ . . . | 5 | Свыше 2-х лет . . . | 1 |

Большинство детей, отдаваемых на воспитание были физически слабые, статические функции были плохо развиты. Во время пребывания в доме грудного ребенка все они переболели теми или иными инфекционными заболеваниями, или расстройством питания. Из 37 детей, 24 имели рахит в первой или 2-ой степени, 6—хронический бронхит, 6—эксудативный диатез, 2-е—невропатию, 1—хроническую анемию.

Также как в Москве, у нас замечалось быстрое появление статических функций, так из 37 детей — 31 ребенок в патронате начал ходить, отмечалось более быстрое умственное развитие, чем у детей в закрытых учреждениях, вес детей в огромном большинстве случаев давал удовлетворительное нарастание.

Приводим таблицу нарастания веса у 28 детей, из 37-ми (4 отданы на район, а 5 новых).

| | При первом посещении консультации: | | | | при последнем | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | 6000,0 | через | 1½ | месяца | 7500,0 | |
| 2. | 7450,0 | „ | 3 | „ | 8450,0 | |
| 3. | 8700,0 | „ | 3 | „ | 9250,0 | |
| 4. | 9200,0 | „ | 4 | „ | 10000,0 | |
| 5. | 4620,0 | „ | 4 | „ | 8370,0 | |
| 6. | 9400,0 | „ | 5 | „ | 10000,0 | |
| 7. | 10150,0 | „ | 5 | „ | 11100,0 | |
| 8. | 8830,0 | „ | 7½ | „ | 11600,0 | |
| 9. | 9950,0 | „ | 8 | „ | 11900,0 | |
| 10. | 7700,0 | „ | 8½ | „ | 10000,0 | (рахит 2-й степени) |
| 11. | 7100,0 | „ | 8½ | „ | 10950,0 | |
| 12. | 7950,0 | „ | 9 | „ | 10780,0 | |
| 13. | 9200,0 | „ | 9 | „ | 10050,0 | |
| 14. | 5350,0 | „ | 9 | „ | 7600,0 | |
| 15. | 7350,0 | « | 9 | „ | 9750,0 | |
| 16. | 8300,0 | „ | 9 | „ | 9300,0 | |
| 17. | 8500,0 | „ | 9½ | „ | 10250,0 | (рахит 2-й степени) |
| 18, | 7750,0 | „ | 9½ | „ | 12700,0 | |
| 19. | 9050,0 | „ | 10½ | „ | 11700,0 | (Эксуд. диатез) |
| 20. | 8000,0 | „ | 10½ | „ | 13150,0 | |
| 21. | 6900,0 | „ | 10½ | „ | 11000,0 | |
| 22. | 8100,0 | „ | 10½ | „ | 11000,0 | |
| 23. | 5750,0 | „ | 10½ | „ | 9050,0 | |
| 24. | 7300,0 | „ | 10½ | „ | 9100,0 | |
| 25. | 8650,0 | „ | 10½ | „ | 13000,0 | |
| 26. | 9450,0 | „ | 11 | „ | 11800,0 | |
| 27. | 5700,0 | „ | 11 | „ | 12100,0 | |
| 28. | 9550,0 | „ | 11½ | „ | 12800,0 | |

Наши наблюдения подтверждают выводы Москвы, что заболевания среди детей, находящихся в патронате количественно и качественно ничем не отличаются от детей вообще посещающих консультации, процент смертности в течение названного периода—6, в то время, как процент смертности в закрытых учреждениях в разных городах СССР от 20—50.

**Выводы.**

Общее состояние детей улучшилось, дети стали более лабильными; статические функции быстрее появлялись, чем в учреждениях закрытого типа; вес прибывал удовлетворительно; смертность невелика —6 проц.; заболеваемость меньше, чем у детей закрытого учреждения. Отношение к детям большей частью хорошее, зачастую любовное, в виду большого процента бездетных семей, куда отданы дети, можно предположить большой процент усыновления в дальнейшем.

Необходимо опыт продолжить, увеличив число отдаваемых детей, тем самым уменьшая количество детей грудного возраста в закрытых учреждениях.

Врачи: **Альшванг и Фрумкина.**

---

# Да 30-цігодзьдзя Навукова-пэдагагічнай дзейнасьці праф. Максіма Львовіча Выдрына— дырэктара Акушэрска-Гінэколёгічнае Клінікі Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту.

*(1897 г.—1927 г.).*

К дзесяцігодзьдзю Кастрычнікавай Рэвалюцыі прыпадае і юбілей 30-цігадовай навукова-пэдагагічнай дзейнасьці праф. М. Л. Выдрына. У жыцьці малодога мэдыцынскага факультэту Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту, а ў прыватнасьці, Акушэрска-Гінэколёгічнае Клінікі гэты юбілей набывае асаблівую значнасьць. Мэдфакультэт Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту—дзіця Кастрычнікавае Рэвалюцыі, заснаваны 6 год таму назад, ня гледзячы на цяжкія ўмовы таго часу, змог прыцягнуць да сябе шмат выдатных навуковых працаўнікоў, у першым шэрагу якіх стаіць М. Л. Выдрын.

М. Л. Выдрын радзіўся ў 1870 годзе ў інтэлігэнтнай яўрэйскай сям'і. Сярэднюю адукацыю атрымаў у першай прагімназіі і 5-й Маскоўскай гімназіі, дырэктарам якой у тыя часы быў вядомы чорнасоцянец Шварц. Па прычыне цяжкіх умоў жыцьця і дрэннага матар'яльнага становішча сродкі да існаваньня, пачынаючы з 3-й клясы, набываў сабе ўрокамі. Па сканчэньні гімназіі ў 1891 годзе, яму адразу перайсьці ў унівэрсытэт не здарылася. Працэнтная норма—адна з праяў уціску царскага ўраду над аўрэйскай нацыянальнасьцю была ў гэтым перашкодаю, і ў працягу году яму прышлося адбываць вайсковую службу ў 12 Астраханскім Грэнадзерскім палку. З 1892 году і да 1897 году мэдыцынскі факультэт Маскоўскага Унівэрсытэту, які ў тыя гады перажываў свой надзвычайны навуковы росквіт. Каму не вядомы імёны тагочасных знаных клініцыстаў: праф. Захар'іна, Астраўмова, Філатава, Баброва, Сьнігірова, Корсакова, Кажэўнікава і цэлага шэрагу другіх славутых карыфееў рускай мэдыцыны. Студэнцкія гады М. Л. Выдрына таксама ня былі лёгкімі. Урокі, за якімі трэба было бегаць са Смаленскага рынку на Сухароў за 15 рублёў у месяц, давалі сродкі да існаваньня. Аднак, ня гледзячы на гэта, М. Л. знаходзіў час спэцыяльна цікавіцца хірургіей і гінеколёгіей, якімі і займаўся ў прафэсароў Клейна і Варнэка. З 1897 году пачынаецца сталая праца М. Л. сумесна з вядомым гінэколёгом-хірургом праф. Варнэком у хірургічным аддзяленьні 1-й гарадзкой больніцы, дзе вельмі значная часьць працы выдзялялася гінэколёгіі. Праца гэтая цягнецца да 1905 году. Адначасова М. Л. працуе ў радзільным аддзяленьні Галіцынскай больніцы. У 1905 годзе М. Л. здае экзамен на годнасьць доктара-акушэра пры Маскоўскім унівэрсытэце. У маі 1905 году прызываецца на Японскую вайну і працуе на мяжы Манджурыі і Карэі старшым ардынатарам палявога падвіжнога госпіталю; па звароце з вайны М. Л. зноў займае свае пасады. У 1907 годзе хірургічнае аддзяленьне 1 гарадзкой больніцы пераводзіцца ў гінэколёгічнае, у якім М. Л. і працуе да 1910 году, калі ён абіраецца старшым асыстэнтам гінэколёгічнае клінікі Маскоўскіх Вышэйшых Жаночых Курсаў (у далейшым 2 Маскоў-

скі Унівэрсытэт). У часе працы ў гінэколёгічнай клініцы М. Л. некулькі раз выконвае абавязкі дырэктара клінікі і чытае самастойны курс гінэколёгіі. Усім маскоўскім вучням М. Л. добра памятна якім надзвычайным посьпехам карысталіся яго лекцыі і заняткі са студэнтамі. Рэдкі талент надзвычайна здольнага выкладчыка прыцягваў да яго ўвесь курс і ня гледзячы на вялікія запатрабаваньні М. Л. да студэнтаў, апошнія на перабой стараліся папасьці ў яго групу. У 1923 годзе М. Л. абіраецца на катэдру акушэрства і гінэколёгіі мэдфакультэту Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту. Пры адсутнасьці ў належнай колькасьці матар'яльных сродкаў і незаўсёды ў спрыяючых умовах, дзякуючы надзвычайнай энэргіі і любві да сваей справы М. Л. наладзіў клініку і паставіў яе на такую вышыню, што ў сучасны момант яна займае адно з першых мейсц у шэрагу навукова-навучальных установ мэдфакультэту. Як бывала ў Маскве, так і тут зразумелыя з багатым зьместам, выкладаемыя з рэдкім мастацтвам і назіральнасьцю лекцыі М. Л. цягнуць да сябе на толькі студэнства, а і сталых дактароў, і аўдыторыя заўсёды перапоўнена.

М. Л. і выкладаньне сваіх супрацоўнікоў паставіў на належную ступень, аб чым сьведчаць вынікі сталых, ведаў у скончыўшых дактарод. З 1906 г. па 1923 г., выключаючы часы вайны М. Л. трымае жывую сувязь з Заходняй Эўропэйскай навукаю, шляхам паездак за межы, працуючы па гінэколёгіі і акушэрству ў Бэрліне ў прафэсароў: Ольс-Гаузена, Франца, Бумма, у прафэссара Штэкеля ў Марбургу і Кілю па цыстоскопіі, у прафэсара Дэдэрлейна і Зэйфэрта па рэнтгено-тэрапіі.

Навуковая дзейнасьць М. Л. датычыцца праве ўсіх галін акушэрства і гінэколёгіі. Працы па пытаньням: унематочнай яечнікавай цяжарнасьці, аб ужываньні адрэналіну ў хірургіі і гінэколёгіі, аб лячэньні фіброміом маткі рэнтгенаўскімі лучамі, выварот маткі пасьля родаў, рак надворных родавых частак кабет і цэлы шэраг другіх, удзел у падручніку па гінэколёгіі прафэсара Крыўскага, удзел у вялікай Мэдычнай Савецкай Энцыклёпэдыі па аддзелу акушэрства і гінэколёгіі, характарызуюць навуковую дзейнасьць М. Л.

З 1899 году і да гэтай пары М. Л. зьяўляецца правадзейным сябрам Навуковага Акушэрска-Гінэколёгічнага Вобчэства пры Маскоўскім Дзяржаўным Унівэрсытэту.

З 1924 году М. Л. зьяўляецца сябрам Мэдыцынскага Дзяржаўнага Навуковага Савету пры Народным Камісарыяце Аховы Здароўя БССР.

Пажадаем-жа Максіму Львовічу на доўгія гады сіл і здароўя дзеля працы на карысьць Акушэрска-Гінэколёгічнай клінікі Мэдыцынскага Факультэту Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту.

Н. Фурс.

# Научное Общество Минских врачей.

*(1927-ой год).*

**XVII заседание** (8-го января). 1. *Д-р М. Н. Шапиро* демонстрировал двух больных. 2) *Проф. Рубашев* (доклад): *О метастазах аппендицита*.

**I (годичное) заседание** 5-го февраля. 1) Речь председателя *проф. Титова*.

2. Отчет секретаря *М. А. Поляка* за 1926-ой год. 3. Отчет казначея и библиотекаря *С. В. Балковца* о состоянии кассы и библиотеки.

4. *Проф. С. М. Рубашев*: *Пирогов, Бильрот и Бир—характеристика личности в связи с эпохой*.

**II заседание** (12-го февраля). 1. *Д-р Флекель* демонстрировал больного, у которого сердце расположено в правой половине грудной клетки. На основании разных исследований диагностицируется Hernia diaphragmatica или Relaxatio Diaphragm'ы.

2. *Д-р М. Шапиро* демонстрировал больного с переломом Talus'а, как редкий случай.

3. С внеочередным заявлением выступил председ. союза „Медсантруд" тов. *Ценципер*. Упомянув о заслугах О-ва минских врачей в прошлом, он указал на некоторые ненормальности, существующие в настоящее время. Во-первых, на ряду с О-вом врачей в Минске имеются и другие научные медицинские общества и научные кружки, совершенно изолированные друг от друга, что создает распыление сил. Во вторых, все научные достижения центра не попадают на периферию, где товарищи не пользуются всеми благами культуры и науки. В виду этого точка зрения союза такова, что дальнейшая работа О-ва должна быть изменена. Союз, преследуя профессиональные задачи, об'единяя врачебную массу и ставя своей целью поднимать квалификацию врача, предлагает, чтобы все научные медицинские кружки слились с О-вом врачей в одну „Научную ассоциацию" при союзе „Медсантруд". Не давая сейчас никаких конкретных предложений, т. Ценципер предлагает поставить вопрос о реорганизации О-ва прежде всего в президиуме О-ва, затем перенести его на общее собрание, а окончательно разрешить его вместе с правлениями союзов „Медсантруд" и „Рабпрос" (так так многие члены О-ва врачей состоят членами последнего союза).

Общее собрание приняло это заявление к сведению и поручило президиуму выяснить условия, на которых должна произойти реорганизация О-ва.

4. *Выборы правления*: Председатель—проф. И. Т. Титов. Члены: д-р. М. А. Поляк, д-р С. В. Балковец, проф. С. М. Рубашев, д-р Е. И Эпштейн, проф. Ф. О. Гаусман, д-р М. Н. Шапиро, проф. М. П. Соколовский и доктор Ю. Тургель. Кандидаты: д-р Х. И. Моносзон и д-р И. М. Рубинчик.

**III заседание** (19-го февраля) 1. *Д-р Нейфах* сообщил о случае изгнания у одной больной 5 экземпляров Taenia solcum (головки всех 5 глист. иллюстрируются под микроскопом). Оппонентами отмечается редкость такого случая.

2. *Д-р Флекель и Ситерман. К вопросу о противопоказаниях к грязелечению со стороны сердечно-сосудистой системы.*

Материал докладчиков составляет 649 больных (в Саках), из которых у 141 наблюдались те или иные расстройства сердечно-сосудистой системы.—Такие заболевания, как различные формы декомпенсаций, острые эндокардиты, аортиты и миодегенеративные процессы, должны быть совершенно устранены от грязелечения.—Относительное противопоказание представляют такие заболевания, как умеренно выраженные склерозы периферических сосудов, атония сердечной мышцы, также перенесенный полиартрит с осложнениями со стороны сердца.—Все же компенсированные пороки сердца, функциональные расстройства сердечно-сосудистого аппарата у лиц с нерезко выраженным общим ожирением, неврозы сердца, в том числе и функциональные аритмии—не являются противопоказанием к грязелечению.—Важным является и вопрос об интенсивности курса лечения. Последняя должна быть для целого ряда больных понижена, как в отношении t° ванн, так и их продолжительности

**IV заседание** (5-го марта). 1. Оглашено *постановление комиссии по присуждению премии* имени д-ра Р. К. Яновского за лучший доклад, представленный в Обществе за 1926-ой год. Премия присуждена *д-ру Иргеру* за доклад: „Влияние перевязки vas deferens на простату".

2. *Д-ра Мангейм и А. И. Гуревич* демонстрировали 5-месячного ребенка, которому произведена ляпаратомия по поводу инвагинации, оказавшейся илео-цекальной. Случаи инвагинации, повидимому, бывают у детей не редко, но не всегда они диагностицируются. Начинается это заболевание коллапсом и кровянистым стулом; на 2-ой день рвота, а выделения состоят из одной слизи и крови без кала. Данный случай вначале трактовался как геморрагический колит. Терапия: операция уже в 1—2-ые сутки; без операции дети погибают на 5-ый день.

3. *Д-р Липец. К вопросу о билирубинэмии и уробилинурии.*

Докладчик на основании 350 исследований в клинике проф. Гаусмана, произведенных им на здоровых и больных, пришел к следующим *выводам*: а) клиническое исследование крови и мочи не дают возможности решить сложный вопрос физиологии о месте образования билирубина и вопрос патологии о сущности желтухи. б) Исследования крови на билирубин и мочи на уробилин могут быть широко использованы для целей дифференциальной диагностики. Диагностические правила, установленные проф. Гаусманом, оправдываются на 100 проц. Для диагностических целей важны не только положительные, но и отрицательные результаты. в) Между билирубинэмией и уробилинурией в большинстве случаев существует параллелизм. г) При использовании данных лаборатории необходимо учитывать все факты, наблюдаемые у кровати больного и из этого сочетания строить клинический диагноз.

4. *Д-р Лапидус. О билирубинэмии и уробилинурии при аппендиците* (из клиники проф. Рубашева).

Было исследовано 70 больных аппендицитом на билирубин в крови и уробилин в моче. *Выводы:* а) Печень принимает несомненное участие при аппендиците в форме дегенеративных изменений печеночных клеток. б) Это участие доказывается ранней билирубинэмией и более поздней уробилинурией. в) В хронических случаях показателем участия печени является уробилинурия. г) В тех случаях, где имелась уробилинурия, были всегда значительные изменения в аппендиксе (указание на необходимость операции). д) На заболевание аппендикса надо смотреть, как на момент, ухудшающий состояние печеночной клетки;

возможно, что аппендицит является одним из факторов, влекущих за собой заболевание печени и желчного пузыря.

*Прения* возникли по поводу обоих докладов.

*Проф. Гаусман.* Целью доклада д-ра Липеца было проверить наблюдения, сделанные мною в течение 20 лет, и данные других авторов по этому вопросу.

*Д-р Василевский* считает этот доклад важным не только для клинических, но и для практических врачей. Так, при пороках сердца, мы на основании билирубинэмии и уробилинурии можем предвидеть приближение декомпенсации сердца. Эти реакции могут также служить для дифференциальной диагностики между тифами, гриппом, крупозной пнеймонией и проч.

*Проф. Рубашев* находит, что исследования д-ра Лапидуса, сделанные на 70 случаях аппендицита, подтвердили выводы д-ра Липеца: имеется связь между аппендиксом и печенью.

*Д-р Канторович* проверял тифы на уробилинурию и действительно убедился, что уробилин может решить дифференциальный диагноз.

*Д-р Моносзон* считает метод исследования по Гаусману на уроб. и билируб. чрезвычайно простым и доступным каждому практическому врачу. Надо из'ять выражение „уробилин в норме", а надо говорить об отсутствии или присутствии уробилина. Надо обращать также внимание на уробилин в кале. Приводит свои собственные наблюдения.

*Д-р М. Хургин.* Наблюдения над 21 случаем аппендицита в госпит. хирург. клинике показали, что до операции уробилинурия почти всегда отсутствовала, а после операции появлялась.

*Д-р Ситерман* не может согласиться со всеми выводами д-ра Липеца. Так, при декомпенсации сердца не всегда бывает уробилинурия; она не дает также опорных пунктов для диагностицирования пнеймонии.

*Д-р Л. Хургин* отмечает важное практическое значение этих проб и их крайнюю доступность даже в глухой участковой больнице.

**V заседание** (19-го марта). 1. *Проф. Кроль* демонстрировал двух больных с апраксией. В прежнее время центр апраксии локализировали в лобной и теменной долях головного мозга; в настоящее время местом локализации считают gyrus supramarginalis.

2. *Проф. Рубашев. К хирургии сердечной сорочки.* Краткий очерк эволюции сердечной хирургии. Хирургические вмешательства: зашивание ран сердца, массаж сердца и операции на клапанах и перикарде. Симптоматология перикардитов. Иллюстрация распространения экссудата и жидкости в перикарде. Пункция и вскрытие перикарда. Место пунктирования. Способ перикардотомии. Кардиолиз.

3. *Д-р Перельман. Об интракардиальных ин'екциях адреналина.* Первичная остановка сердечной деятельности (до остановки дыхания или вместе с нею) и вторичная (после нее). Причины: рефлекторные, шок, прокол плевры, удар по животу, по мошонке, операции, наркоз и др. Методы воздействия: массаж сердца и введение адреналина в сердце. Действие адреналина: возбуждение сердца и расширение кровеносных сосудов, орошающих сердце. Доза для взрослых—1 ксм. повторно. Техника и место впрыскивания: между мечевидным отростком и 7-ым хрящем. Впрыскивание производить немедленно вслед за остановкой сердца. Три собственных наблюдения докладчика; в одном случае удалось вернуть больного к жизни. За границей этот способ оживления применяется часто.

4. *Д-р Корчиц* сообщает о случае *наложения им шва на сердце* после нанесенного ножом ранения, демонстрируя юношу 18 лет, доставленного в больницу через 7 часов после ранения. Докладчик

подробно описывает все этапы операции и наложение швов. Докладчик очень картинно нарисовал все величие момента, когда хирургия в состоянии оперировать на таком органе, как сердце, и переживания хирурга в этот момент. Докладчик был награжден собранием аплодисментами.

5. *Д-р М. Шапиро* доложил *о своем случае зашивания раны сердца*. Красноармеец, с целью самоубийства, прострелил себе грудь в средине грудины между телом и мечевидным отростком. Через 2 часа операция в Минском военном госпитале совместно с д-ром Иванковичем. По вскрытии перикарда сердце пережимается пальцами у правого предсердия, что дает возможность наложить на рану правого желудочка три шва. Пуля предполагается в сердце. Шов на рану. Послеоперационное течение осложнилось гнойным перикардитом и двусторонним плевритом, от чего больной на 6-ой день погиб. Вскрытие также не обнаружило пули. Докладчик предполагает, что пуля во время операции из перикарда вместе со сгустками крови, незаметно для оперировавших, попала в таз с перевязочным материалом.—Докладчик указывает: 1) на трудность диагностики ранений сердца; 2) на отсутствие необходимости спешить с операцией, если больной доставлен в хирургическое отделение. Лишь после вскрытия перикарда требуется решительность и быстрота; 3) на возможность бескровного наложения швов на сердце при применении способа пережатия правого предсердия двумя пальцами левой руки.

6. *Проф. Рубашев* демонстрировал ряд снимков, иллюстрирующих все хирургические вмешательства на сердце.

Все вышеозначенные доклады вызвали оживленный интерес и обмен мнений.

*Проф. Титов,* резюмируя прения, выразил сожаление, что в докладах совершенно не был упомянут Напалков, подробно разработавший вопрос хирургии сердца.

**VI заседание** (26-го марта). *1. Д-р С. М. Лившиц. Рентгенодиагностика туберкулеза легких.*

Докладчик указывает на ошибочность взгляда многих врачей, которые при постановке диагноза ждут от рентгена самые точные данные. Он напоминает о том, что главное значение имеет клиническое исследование, а рентген играет вспомогательную роль. Докладчик демонстрирует целый ряд диапозитивов, где при почти одинаковой рентгеновской картине имеются разные процессы. Затем докладчик останавливается подробно на изменениях в легких у детей при первичном и вторичном легочном туберкулезе и описывает, как эти изменения выражаются на экране и рентгенограмме. Далее автор на ряде рентгенограмм иллюстрирует изменения в легких при tbc у взрослых. В заключение он подчеркивает, что рентгенолог должен быть и опытным врачом и быть в постоянном контакте с клиникой. С другой стороны, каждый ординатор клиники должен изучить показания и технику рентгенодиагностики и терапии.

*Прения. Д-р Маршак* отмечает заслугу докладчика в том, что он указал, где рентген может действительно быть полезным. Докладчик отдает должное клинике, но зато есть случаи, как напр., каверны, спонтанные разрывы легкого и т. п., где только рентген выясняет суть заболевания.

*Проф. Гаусман* подтверждает необходимость дать клиническим сотрудникам возможность ознакомиться с рентгеном. Указав на большую разницу между исследованием путем рентгеноскопии и рентгено-

грамм, проф. Гаусман ставит между ними перкуссию, утверждая, что последняя иногда легче устанавливает диагноз, чем рентгеноскопия.

По мнению *проф. Мелких*, докладчик отвел рентгену более скромное место, чем он заслуживает. Если сравнить верхушки с hilus'ом, то при заболевании верхушек клиницист скорее разберется в процессе, конечно, ухом, а не перкуссией; при заболеваниях же hilus'a рентгену принадлежат все преимущества и пред ухом, и пред перкуссией. Особенно важно рентгеновское исследование при пнеймотораксе.

2. *Проф. Ленц и д-р Смирнов*: *Новая методика изучения условных рефлексов на человеке.* Приложение метода Павлова для изучения условных слюноотделительных рефлексов на человеке до последнего времени встречало ряд затруднений. Лешлаи (Америка) предложил особый прибор, который без всяких повреждений накладывается на отверстие Стенонова протока в полости рта. Проф. Красногорский при помощи этого прибора производил исследования у детей. Но на взрослых таких исследований еще не имеется. Докладчикам удалось доказать не только возможность выработки условных слюноотделительных рефлексов у взрослых нормальных людей, но и возможность применения Павловской методики во всех ее деталях. Благодаря ряду технических усовершенствований, введенных д-ром Смирновым, удается показывать всю методику исследования высшей нервной деятельности даже в условиях публичного заседания (докладчик демонстрировал в заседании). В настоящее время докладчики приступили к опытам не только на здоровых, но и на душевно-больных.

VII заседание (10-го апреля). *1. Д-р Прокопчук* демонстрировал двух детей с Favus'ом, вылеченных Thallium aceticum. Указав на эффект этого средства, д-р П. отметил вместе с тем, что этот препарат следует употреблять с осторожностью, помня об опасностях и тех осложнениях, которые влечет за собою неосторожное его применение.

2. *Д-р А. Цукерман* демонстрировал больную с первичной саркомой носоглотки.

3. *Проф. Бурак* демонстрировал редкий случай вторичного заболевания желез по обоим сторонам шеи при первичной Corcinoma носоглотки. Лечение рентгеном и радием дало временное улучшение. Сейчас рецидив.

4. *Проф. Прилежаев* (доклад): *Физико-химические моменты в дыхании живой клетки.*

6-го мая в актовом зале БГУ состоялось *об'единенное заседание* медсекции Научного Общества при БГУ, медсекции Инбелкульта и Научного Общества Минских врачей, *посвященное столетию со дня рождения Листера.* Произнесли речи на темы:

1. *Проф. Соколовский: Жизнь Листера и его значение для хирургии.*

2. *Проф. Рубашев*: Современное состояние асептики.

Секретарь **М. Поляк.**

---

# Рефераты

**M. Iessner.** Die Pyodermien und ihre Behandlungx. (Пиодермии и их лечение).

*Klinische Wochenschrift 1927 г. N 30-31.*

Термин „пиодермии“ автор применяет исключительно к экзогенным заболеваниям кожи, вызываемым стрепто-и-стафилококками. Согласно схемы Jadassohn'a он различает между стафило-и-стрептодермиями—с одной стороны, а с другой—между поражениями, связанными или не связанными с кожными придатками (сальные и потовые железы, волосяные фолликулы), между заболеваниями ограниченными и диффузными, наконец, в зависимости от глубины локализации процесса в коже, между эпидермальными, эпидермодермальными, дермальными и подкожными пиодермиями.

Все пиодермии, связанные с придатками кожи, вызываются стафилококками. Сюда относятся:

1. Staphylodermia follicularis superficialis (folliculitis staphylogenes)—форма наиболее поверхностная. Ее подвиды: Сикоз и фолликулиты волосистой части головы у детей.

2. Staphylodermia follicularis profunda—фурункул. Последний образуется всегда экзогенно. Гематогенные стафилококковые инфекции кожи (т. наз. пиэмиды) весьма разнообразны клинически и могут иметь с фурункулом сходство, но лишь чисто внешнее.

3. Staphylodermia periporitica (periporitis staphylogenes)—поверхностная пустула вокруг выводного протока потовой железы. Чаще всего у грудных детей.

4. Staphylodermia sudoripara suppurativa — абсцессы потовых желез, наблюдающиеся у взрослых лишь в подмышечной области, при чем чаще у женщин. Эту форму нередко смешивают с фурункулезом. У грудных детей абсцессы потовых желез могут встречаться на всем протяжении кожных покровов.

Об особых свойствах патогенных стафилококков известно мало. Несомненно, что „почва“, на которую переносится инфекция имеет большое значение. Не только свойства (напр. возрастные особенности) самой кожи, но и конституциональные моменты играют роль (фурункулез истощенных, подагриков, диабетиков; гипергликэмия в некоторых случаях фурункулеза без сахара в моче).

Представителем эпидермальных ограниченных пиодермий, не связанных с придатками кожи, является стрепто и стафилогенное impetigo contagiosa (strepto или staphylodermia superficialis). Основным элементом в обоих случаях является пузырек. При стрептогенном импетиго он окружен воспалительно-красным ободком, быстро лопается и содержимое засыхает желтой коркой. По заживлении остается красноватое пятно. При стафилогенном импетиго пузырь держится дольше, содержимое его засыхает тонкой лакообразной коркой,

а по заживлении остается пятно с коричневым оттенком. Однако распознавание между обоими формами не всегда возможно. Оба вида импетиго весьма контагиозны. Осложнения редки. В последние годы относительно часто наблюдали при стрептогенном импетиго развитие нефрита. Предположение, что импетигонефрит вызывается смешанной инфекцией (палочка дифтерии) опровергнуто. Интересно, но неясно, почему стафилококки в случаях импетиго вызывают лишь пузырные гнойники, а не ведут к фурункулезу, или абсцессам потовых желез.

К ограниченным поверхностным пиодермиям относится помимо импетиго, субкорнеальный панариций (strepto или staphylodermia bullosa manuum).

Переходной формой между ограниченными и разлитыми эпидермальными пиодермиями является пемфигоид новорожденных (pemphigus neonatorum), ведущий при универсальном распространении к dermatitis exfolialiva Ritter'a. Этиология пемфигоида—стафилококк.

К стрептогенным поверхностным заболеваниям относятся, быть может, так наз. Angulus infectiosus (Perléche-французов), а также Pityriasis simplex faciei.

Единственным видом глубоких пиодермий, не связанных с волосяным и железистым аппаратом кожи, является стрептогенная Ecthyma simplex.

Лечение пиодермий. При импетиго удалении корок (влажные или мазевые повязки из 5 проц. салицилового вазелина), а затем дезинфекция дна пузыря 5 проц. раствором ляписа и смазывание белой преципитатной мазью, или ихтиолоборной пастой. Окружающая кожа дезинфицируется спиртом с прибавлением 2-5 проц. эпикарина или 5 проц. борной кислоты.

Лечение пемфигоида не всегда ведет к благополучному исходу. Есть сообщения о хороших результатах от освещения горным солнцем и от сальварсана. Очень важно в каждом отдельном случае, особено же при эпидемиях в родильных и детских приютах, установить источник заражения и провести строгую изоляцию заболевших вместе с персоналом. Лечение пиодермий, связанных с придатками кожи значительно труднее, о чем свидетельствует появление за последние 6 лет свыше 360 работ о лечении фурункулеза, при чем ничего существенно нового не найдено. При фурункулезе важно помнить о возможности диабета, а подчас необходимо определять и содержание сахара в крови. Иногда хорошие результаты от инсулина, даже без гипергликэмии. Стафило (ауто) вакцина применяется часто, хотя экспериментально она обоснована недостаточно. В последние годы многие вводят ее интрадермально, при чем исходят из предполагаемой роли кожи в выработке иммунитета. Последнее обстоятельство, однако, далеко еще не доказано. Лечение антивирусом по Безредка не является аргументом в пользу учения о местном иммунитете. Ряд работ показал, что действие антивируса в пробирке отнюдь не постоянно и исчезает при доведении в нем Ph до той же концентрации, что и в обыкновенном бульоне. Кроме того, эффект аналогичный действию антивируса дает лошадиная сыворотка, сгущенная мясная вода и. т. д. Действие антивируса об'ясняется не его специфичностью, а вызываемым им неспецифическим изменением реактивной способности соответствующих областей кожи.

Неспецифическая общая терапия (молоко, скипидар, рыбий жир, ауто—и гетерокровь и т. д.) применяется широко, при чем каждый

автор считает свое средство наилучшим. Iодистая сера в гомеопатических дозах назначалась в клинике Jadassohn'а весьма часто, но без убедительных результатов.

При местном лечении фурункулов, а также абсцессов потовых желез, необходимо тщательно дезинфицировать здоровую кожу.

С. К. Розенталь.

---

**Е. М. Левин.** Zur Frage des neurotropen syphilitischen Virus. (К вопросу о нейротропном сифилитическом вирусе).

*Dermatol. Wochenchrift 1927 г. № 41.*

Среди 35 больных с нейролуэсом, у 9 (26 проц.) были обнаружены активные гуммозные явления на коже и слизистых.

Причина нейролуэса заключается не в существовании нейротропного вируса, а зависит от особенностей инфицированного организма, тесно связанных с биологическими и социальными факторами. Данные матерьяла автора приводят его к заключению, что недостаточная специфическая терапия или ее отсутствие играет огромную роль в развитии нейролуэса.

С. К. Розенталь.

---

**С. Т. Павлов.** К вопросу о влиянии мягкого шанкра на течение сифилиса

*Русский Вестник дерматологии 1927 г. № 6.*

Наблюдения автора касаются 3-х больных с клинически характерной картиной мягкого шанкра. В 2-х из этих случаев впоследствии развились симптомы вторичного сифилиса, однако лишь через значительный период времени (7 с полов. месяцев и 4 месяца). В третьем случае спустя 4 месяца появилась положительная р. В. (после провокаторного вливания).

Оговариваясь, что малочисленность наблюдений, а также случаи запаздывания вторичных явлений и при чистом твердом шанкре, не дают права притти к определенным выводам, автор считает все же, что мысль о задерживающем влиянии мягкого шанкра на сифилис является весьма вероятной. Отсюда вывод, что „каждый случай даже самого типичного клинически мягкого шанкра должен быть взят под сомнение и подвергнут тщательному и очень длительному наблюдению".

(Примечание референта. Последнее положение имеет большое практическое значение и к нему необходимо всецело присоединиться. Однако мысль о задерживающем влиянии мягкого шанкра на течение сифилиса не убедительна, так как во всех случаях автора распознавание мягкого шанкра ставилось клинически, а не на основании находки стрептобацилл. Возможны поэтому сомнения в истинном характере наблюдавшихся язв).

С. К. Розенталь.

---

# Хроника

## Доклад НКЗ на VI Всебелорусском С'езде Профсоюзов.

Народным Комиссаром Здравоохранения БССР тов. М. И. Барсуковым на VI Всебелорусском С'езде Профессиональных Союзов 2-XI—27 г. сделан доклад „О лечебно-санитарном обслуживании застрахованных в БССР", по которому была принята единогласно следующая резолюция:

Заслушав доклад Народного Комиссара Здравоохранения т. Барсукова о лечебно-санитарном обслуживании застрахованных, VI-й Всебелорусский С'езд Профессиональных Союзов считает правильной общую линию работы Наркомздрава и отмечает следующие достижения:

1. Рост приближения основных видов лечебно-профилактической помощи к застрахованным.

2. Организацию ряда лечебно-профилактических учреждений, особенно по борьбе с туберкулезом, как-то: ночных туберкулезных стационаров, диэтических столовых и т. д.

3. Улучшение в снабжении лечебно-профилактических учреждений медикаментами и врачебным инструментарием.

4. Повышение квалификации медперсонала, обслуживающего застрахованных.

Вместе с тем С'езд считает, что оказываемая лечебно-санитарная помощь застрахованным еще не вполне достаточна, что стабилизация дела здравоохранения как в городе, так и в деревне еще не наступила, и требуется дальнейшее усиление не только количественного, но и качественного состояния медико-санитарной сети в БССР.

С'езд выдвигает перед органами здравоохранения на ближайший период следующие основные задачи по медико-санитарному обслуживанию застрахованных.

1. Фонд „Г" должен и впредь являться только дотацией к государственному и местному бюджету и расходоваться исключительно на медобслуживание застрахованных. Удельный вес лечебного фонда „Г" в общей сумме ассигнований на дело здравоохранения должен постепенно снижаться за счет роста бюджетных ассигнований. Отсюда необходимо дальнейшее увеличение отпуска средств на здравоохранение по государственному и местному бюджетам.

2. Необходимо продолжать дальнейшее приближение медико-санитарной помощи к рабочим и служащим, обращая, главным образом, внимание на проведение основных медико-санитарных мероприятий. Организация широкой медицинской помощи на фабрично-заводских предприятиях с количеством рабочих не менее ста, а также на районах, где имеется большое количество застрахованных, должны стать первейшими задачами Наркомздрава. Пункты медицинской помощи на предприятиях, широко развивая диспансерную деятельность, должны стать основной базой оздоровления труда и быта рабочих.

3. Амбулаторная помощь должна быть преобразована в диспансерную, при чем больница должна нести характер диспансерного

стационара. В крупных районах необходимо установить вечерний амбулаторный прием застрахованных. При организации помощи на дому следует иметь в виду те профилактические задачи, которые стоят перед медицинским персоналом, обслуживающим этот вид помощи. Врач помощи на дому, а также и врач фабрично-заводских предприятий, должны быть проводниками санитарной культуры в семье застрахованного. Скорая помощь должна быть организована в окружных городах и четко оформлена в каждом районном медицинском пункте. Частная врачебная практика должна быть взята под тщательный контроль органов здравоохранения.

4. Принимая во внимание острую нужду как в общем коечном фонде, так и в особенности в койках специального назначения, необходимо в первую очередь выдвинуть увеличение количества хирургических коек, заразных, акушерско-гинекологических, туберкулезных, глазных, уха, горла и носа, а также усилить и новое больничное строительство. Из отдельных видов помощи застрахованным особое значение приобретает зубоврачебная, рентген, физио-терапия и снабжение протезами. Все эти виды помощи необходимо приблизить к трудящимся и сделать их наиболее доступными. Поручить Наркомздраву децентрализовать посылку на спецлечение застрахованных через окружные инспекториаты здравоохранения. Считать необходимым приравнять студентов—членов союза в отношении оказания всех видов медпомощи к застрахованным, в том числе и в отношении выдачи протезов, очков и зубов.

5. Для улучшения медицинского обслуживания застрахованных сельских местностей признать необходимым: а) обеспечить районных врачей транспортом для нормального обслуживания застрахованных на дому; б) обеспечить отпуск необходимого количества средств на оплату поездок больных из районов в город на специальное лечение.

6. Необходимо усилить строительство детских диспансеров в окружных городах, приспособив последние и к обслуживанию рабочих подростков. В промышленных районах и непосредственно на предприятиях обратить большое внимание на строительство яслей и консультаций.

7. Считая одним из главнейших факторов, способствующих физическому оздоровлению рабочего класса—физическую культуру, С'езд поручает Наркомздраву усилить свою деятельность в этой области, особенно в части развития тех видов физкультуры, которые направлены на борьбу с профессиональными вредностями, зависящими от производственных процессов. С'езд поручает Наркомздраву принять меры к расширению медико-санитарной сети по обслуживанию физкультурников и по улучшению врачебного наблюдения за работой физкружков.

8. Принимая во внимание не вполне удовлетворительное санитарное состояние Республики и общую санитарную неграмотность, необходимо стремиться к увеличению в сметах Наркомздрава ассигнований по общим санитарно-оздоровительным мероприятиям, особенно в части санитарного просвещения, школьно-санитарного надзора, изучения профессиональных вредностей и в организации санитарно-бактериологических лабораторий. Одновременно с этим поручить Наркомздраву озаботиться подготовкой врачей-специалистов по профвредностям и по школьно-санитарному надзору.

9. Необходимо обратить должное внимание на улучшение лекарственной помощи и на большее приближение ее к застрахованным. Последние должны иметь право получить лекарство как из аптек

лечебных учреждений, обслуживающих застрахованных, так и хозрасчетных. При этом надо позаботиться об увеличении каталога наиболее необходимых медикаментов, а также и о том, чтобы ходкие и непортящиеся лечебные препараты имелись бы в аптеках в готовом виде.

10. С'езд считает, что Наркомздравом должен быть взят курс на более широкое использование местных санитарных возможностей, что несомненно приведет к более рациональному и целесообразному использованию средств на курортно-санаторное лечение. На ряду с этим С'езд поручает ЦСПСБ разработать вопрос о большем привлечении Наркомздравом к улучшению постановки медико-санитарного дела в домах отдыха и усилении материальной помощи таковым.

11. Участие широких масс трудящихся в строительстве советского здравоохранения всегда являлось предпосылкой успешного проведения медико-санитарных мероприятий. В этом отношении огромное значение приобретают Комиссии Охраны Труда на предприятиях, как первичные ячейки по оздоровлению труда и быта рабочих. Одной из задач этих комиссий является помощь органам здравоохранения в учете и устранении вредных моментов, болезненно влияющих на здоровье застрахованных. В связи с ликвидацией специального Института Рабмедов, усиление связи органов здравоохранения с рабочей массой, является особенно важным. Необходимо поэтому, чтобы работа органов здравоохранения по обслуживанию застрахованных регулярно освещалась бы на общих рабочих собраниях, в особенности во время перевыборов страховых масс и на секциях здравоохранения городских советов.

12. Реорганизация медпомощи застрахованным на основе единства всей медицины в органах здравоохранения требует усиления связи органов здравоохранения с профсоюзными и усиления руководства профсоюзов в работе по медицинскому обслуживанию застрахованных. В такой мере должна быть усилена связь органов здравоохранения с органами социального страхования. Должно быть полностью обеспечено за страховыми органами их участие во всех вопросах, касающихся медицинского обслуживания застрахованных, путем взаимного с органами здравоохранения согласования как плана работы, так и основных принципиальных вопросов медико-санитарного обслуживания застрахованных.

С'езд поручает ЦСПСБ совместно с органами здравоохранения и социального страхования разработать порядок и принципы расходования лечебного фонда, твердо наметив те отрасли из общего дела здравоохранения, которые датируются средствами лечебного фонда.

13. Лечебно-санитарное дело должно быть тесно увязано с общим ростом и развитием народного хозяйства и особенно с ростом промышленности. Мероприятия по оздоровлению рабочего класса должны являться неразрывной частью всего хозяйственного строительства БССР. Рост государственных ассигнований на дело здравоохранения, при дальнейшей рационализации его построения, будет являться одним из важнейших факторов повышения производительности труда и общего под'ема народного хозяйства Республики.

### О постройке нового Фарм. завода.

Госпланом и Экосо утверждено на постройку нового Фармзавода 180.000 руб. и 20.000 р. на оборудование. Завод предполагается построить в г. Минске. 1 декабря 1927 г. состоялись торги на постройку, которые переданы Белгосстрою. Задача завода—главным образом, переработка фармсырья и в частности местной продукции производства.

**О совещании Окружных Инспекторов Здравоохранения.**

На 15 января 1928 года решено созвать в Минске Совещание Окружных Инспекторов Здравоохранения, окружных санврачей, инспекторов и консультантов Наркомздрава со следующей повесткой дня:

1. О пятилетнем производственном плане Наркомздрава.
2. Об итогах рационализации аппарата Окр. Инспектур Здравоохранения.
3. О медико-санитарном обслуживании застрахованных.

Наркомздравом даны указания Окружным Инспектурам о созыве окружных совещаний в составе заведывающих лечебно-санитарными учреждениями как в городе, так и в районе для предварительной проработки вопросов республиканского совещания.

Отдельными Инспектурами Наркомздрава ведутся подготовительные работы по созыву совещаний по охране материнства, младенчества, детства и туберкулезу.

**О психиатрической помощи.**

Наркомздрав поручил особой комиссии в составе: д-ра Фурса, проф. Ленца и д-ра Донского разработать пятилетний план организации психпомощи в БССР, как дополнение к общему пятилетнему производственному плану Наркомздрава.

**В Ученом Медицинском Совете.**

I. О составе Бюро и Пленума Ученого Медицинского Совета.

Наркомздравом утвержден следующий состав Бюро и Пленума Ученого Медицинского Совета:

Бюро—председатель—т. Барсуков М. И.—Народный Комиссар Здравоохранения.

Зам. председат.—т. Лифшиц Д. В.—Замест. Наркомздрава.

Зам. председат.—проф. Кроль М. Ф.—Декан Медфака и Директор Нервной Клиники.

Ученый Секретарь проф. Экземплярский.

Пленум—Т. т. Анищенко В. А., Граевская М. И., Герман К. И., Могилевчик З. К., Фурс К. Н., Шаповалов Г. К.—Инспектора НКЗдрава.

Проф. Эльберт Б. Я.—Директор Микробиол. Института.
„ Рубашов С. М.— „ I-й Хирург. Клиники.
„ Соколовский М. П.— „ II-й „ „
„ Мелких С. М.— „ I-й Терапевт. „
„ Гаусман Ф. О.— „ II-й „ „
„ Ленц А. К.— „ Психиатрич. „
„ Титов И. Т.— „ Патол.-Анатом. Института.
„ Выдрин М. Л.— „ Акуш.-Гинек. Клиники.
„ Леонов В. А.— „ Детской Клиники.
„ Каминский С. Д.— „ Глазной Клиники.
„ Мронговиус Ю. В.— „ Кожно-Венер. Клиники.
„ Бестужев А. II.—Кафедра Фармакологии.
„ Прилежаев.— Директор Органич. Химии.
„ Лебедкин С. И.— „ Анатомии.
„ Розанов Л. П.— „ Физиологии.
„ Бурак С. М.— „ Ушной Клиники.
Д-р Маршак Е. Л.— „ Туберкулезн. Института.
„ Смулевич Б. Я.
„ Дихтяр С. Р. } От Института Социальной Гигиены.
„ Гарбель М. Я.

Тов. Ценципер С. Д.—От профсоюза Медсантруд.

Доц. Старобинский— Кафедры стоматологии и одонтологии.

Д-р Ефимьев С. Н.— „ Клиники проф. болезней.

„ Урванцов, С. Н., Балковец С. В. и Поляк М. А.—От Научного Общества Врачей.

Д-р Слепян М. Ф.—От Госплана.

II. Мероприятия по борьбе с риносклеромой.

По докладам проф. проф. Эльберта, Бурака и д-ра Фельдмана была принята следующая резолюция:

Принимая во внимание наличие в БССР значительного количества очагов риносклеромы и недостаточность постановки как изучения этой болезни, так и мероприятий по борьбе с нею, считать необходимым и своевременным выдвижение этих вопросов перед НКЗ.

1. Ученый Медицинский Совет с удовлетворением выслушал о результатах большой работы, проведенной по изучению риносклеромы в целом ряде институтов и клиник БССР, при чем Ученый Медицинский Совет особенно отмечает работу Института Микробиологического, Института Патологичной Анатомии и Клиники уха, горла и носа.

2. Ученый Медицинский Совет подчеркивает необходимость в дальнейшем продолжать эту работу по отдельным институтам, увязывая и планируя эту работу через Ученый Медицинский Совет Наркомздрава.

3. Ученый Медицинский Совет выдвигает следующие очередные практические задачи:

а) Детальное изучение очагов риносклеромы и составление соответствующей карты.

б) Выявление степени кантагиозности заболевания и условий передачи ее человеку.

в) Обратить особое внимание на социально-бытовые моменты, которые имеют влияние на степень распространения риносклеромы, а также и на причины, вызывающие заболевание.

г) Для изучения клинической стороны риносклеромы считать необходимым выделение некоторого количества коек, а также организацию амбулаторного приема больных риносклеромой, хотя бы на первое время в гор. Минске.

д) Просить Наркомздрав предоставить финансовые возможности Микробиологическому и Патологическому Институтам продолжить работу по научному изучению риносклеромы.

е) Поручить Институту Социальной Гигиены совместно с другими научными институтами проработать вопрос о социальном законодательстве по риносклероме и поставить регистрацию этого заболевания.

## О борьбе с волчанкой.

По докладу д-ра Розенталя Ученый Медицинский Совет постановил выдвинуть перед Наркомздравом вопрос о временной централизации борьбы с волчанкой в гор. Минске, путем создания научно-исследовательского и лечебного люпозного центра, связав эту работу с Туберкулезным Институтом, Микробиологическим Институтом, Институтом Социальной Гигиены и Кожно-Венерологической Клиникой.

## О Высшем Совете Физкультуры.

По докладу председателя Высш. Совета Физкульт. т. М. И. Барсукова о работе ВСФК на заседании Совета Народных Комиссаров БССР от 3-XI была принята следующая резолюция:

Совнарком одобряет общую линию работы Высшего Совета Физкультуры БССР и отмечает следующие достижения:

1. Рост сети физкультурных кружков не только в городе, но и в деревне.

2. Проведена подготовка работников по физкультуре для деревни.

3. Усиливается научно-методическая деятельность Высшего и окружных Советов Физкультуры в части проработки программы занятий, систематизации врачебного контроля и проводится научно-исследовательская работа по отдельным видам спорта.

4. Взята правильная линия по организации массовых форм физкультурной работы, выражающаяся в успешном проведении физкультурных праздников, спортивных состязаний не только в пределах БССР, но и на Всесоюзных выступлениях, что в значительной степени популяризировало физкультуру среди рабочих и крестьян.

Вместе с тем Совет Народных Комиссаров отмечает следующие недостатки:

1. Недостаточный рост физкультурных кружков за счет рабочей молодежи и слабое втягивание взрослой части трудящихся в кружки физкультуры.

2. Недостаточное внимание физкультурной работе отдельных Наркоматов и Окружных Исполнительных Комитетов.

3. Неудовлетворительное состояние как помещений, так и качества спортивных зал, площадок и прочих помещений для занятий по физкультуре.

4. Недостаточность инструкторского состава и слабая подготовка последних.

Принимая во внимание огромное политическое значение физического воспитания трудящихся, Совет Народных Комиссаров постановляет:

1. Обязать все Наркоматы и Окружные Исполнительные Комитеты уделять больше внимания работе Советов Физкультуры, чаще проверять деятельность своих ответственных представителей, выделенных в Советы Физкультуры.

2. Поставить перед Советом Физкультуры, как очередную и главнейшую задачу большего охвата кружками рабочей и крестьянской молодежи и взрослой части трудящихся.

3. В целях укрепления обороноспособности трудящихся масс и содействия проведению индустриализации народного хозяйства, усилить темп военизации физкультурных кружков и принять все меры к развитию тех видов физкультуры, которые направлены на борьбу с профессиональными вредностями.

4. Предложить Наркомздраву принять меры к расширению медико-санитарной сети по обслуживанию физкультурников и пионеров, а также улучшить вречебное наблюдение за работой физкультkружков.

5. Предложить Наркомпросу совместно с Высшим Советом Физкультуры проработать вопрос об организации в БССР техникума по подготовке инструкторов для физкультуры, а также предусмотреть в учебной программе медицинского факультета Белорусского Государ-Университета специальный курс по физкультуре для студентов-медиков. Одновременно с этим поручить Наркомпросу дать задание Белгоскино озаботиться подбором картин для популяризации методов физического воспитания.

6. Принимая во внимание острый жилищный кризис и недостаток в спортивных площадках, залах и прочих помещениях для физкультурных занятий,—предложить Окружным Исполнительным Комитетам предусмотреть в плане нового строительства рабочих домов, рабочих

поселков, заводских учреждений, клубов и т. д. постройку помещений для спортивных занятий.

7. В кратчайший срок предложить Наркомзему совместно с Высшим Советом Физкультуры разработать вопрос о создании в г. Минске стадиона для массовых физкультурных состязаний.

8. Шире развернуть советскую общественность вокруг вопросов физического воспитания трудящихся. Необходимо чаще ставить доклады по физкультуре на рабочих собраниях, пленумах городских и сельских советов. Надо стремиться приблизить физкультуру как можно ближе к трудящимся, сделать ее доступной и понятной рабочим и крестьянам.

9. Считать необходимым уточнение положения о Советах Физкультуры. ВСФК представить в СНК проект измененного положения.

10. Госплану и Высшему Совету Физкультуры представить в Совнарком пятилетний перспективный план физического воспитания трудящихся, предусмотрев в нем постройку в гор. Минске Центрального Дома Физкультуры.

---

# Письма в редакцию

## В редакцию журнала „Беларуская Мэдычная Думка“.

Глубокоуважаемые товарищи!

Группа сотрудников, учеников и друзей проф. С. В. Коршуна просит Вас не отказать поместить в Вашем журнале следующую информацию:

4 марта н./ст. 1928 г. исполняется 35 лет научной, педагогической, врачебной и общественной деятельности проф. Степана Васильевича Коршуна. 18 сентября 1928 г. ему же исполняется 60 лет со дня рождения.

В настоящее время проф. С. В. Коршун состоит директором Института Инфекционных Болезней им. И. И. Мечникова в Москве“.

Москва, 12-XI 1927 г.

По поручению инициативной группы:

(подпись).

## Список статей, помещенных в журнале „Беларуская Мэдычная Думка“ за 1927 г.

### I. Общественное здравоохранение и гигиена.


| | | Том | №№ | Стр. |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Постановление 2-го Всебелорусского С'езда участковых врачей и работников здравоохранения | III | 1—2 | 3 |
| 2. | Барацьба за якасьць у будаўніцтве аховы здароўя—**М. І. Барсукоў** | „ | „ | 12 |
| 3. | Режим экономии и производствен. совещания—**д-р Д. В. Лифшиц** | „ | „ | 19 |
| 4. | Красный Крест и физкультура—**д-р М. И. Барсуков** | „ | „ | 21 |
| 5. | О „кризисе“ санитарного просвещения—**д-р С. Н. Рохлин** | „ | „ | 24 |
| 6. | Заболеваемость венболезнями в Минске—**д-р А. Н. Шапиро** | „ | „ | 29 |
| 7. | Материалы о распространении зоба в Белоруссии—**Б. Г. Драгун** | „ | „ | 46 |
| 8. | Из практики работы органов контроля и экспертизы в Белоруссии—**д-р С. Н. Ефимьев** | „ | „ | 57 |
| 9. | К вопросу о чистоте полителия среди населения Могилевского округа—**д-р Н. Ш. Полесицкий** | „ | „ | 70 |
| 10. | Да пытаньня аб рацыяналізацыі апарату аховы здароўя—**д-р М. І. Барсукоў** | „ | 3—4—5 | 1 |
| 11. | Некаторыя заўваги аб працы мэдыцынскага вучастку ў вёсцы—**д-р М. І. Барсукоў** | „ | „ | 2 |
| 12. | Конкретное содержание социально-профилактического направления деятельности участкового врача—**д-р З. Г. Френкель** | „ | „ | 3 |
| 13. | К методике санпросвет. работы в деревне—**д-р С. Н. Рохлин** | „ | „ | 26 |
| 14. | Арганізацыя хірургічнай дапамогі вясковаму насельніцтву Беларусі—**д-р Ш. В. Трампович** | „ | „ | 31 |
| 15. | О единой аптеке—**З. Г. Вольфсон** | „ | „ | 36 |
| 16. | Деятельность органов здравоохранения в области оздоровления школы—**д-р К. И. Герман** | „ | „ | 38 |
| 17. | Деятельность лечебно-профилактической организации Белоруссии с точки зрения ее диспансеризации—**д-р С. Р. Дихтяр** | „ | „ | 55 |
| 18. | Путевые заметки о здравоохранении во Франции—**д-р М. И. Барсуков** | „ | 6—8 | 3 |
| 19. | На путях к единой советской медицине—**д-р Д. В. Лифшиц** | „ | „ | 12 |
| 20. | Заболеваемость и инвалидность медицинских работников в БССР—**д-р М. А. Хазанов** | „ | „ | 16 |
| 21. | Прычыны сьляпаты у Менскай акрузе—**Н. А. Лосеў** | „ | „ | 33 |
| 22. | Туберкулез в г. Могилеве—**д-р Н. Ш. Полесицкая** | „ | „ | 45 |
| 23. | К вопросу о борьбе с туберкулезом в деревне—**д-р Г. Зеликин** | „ | „ | 55 |
| 24. | О проф. патологии органа слуха и профилактической роли верхних дыхательных путей—**д-р А. Цукерман** | „ | „ | 61 |
| 25. | Водопроводная вода в г. Минске—**Д. И. Найдус** | „ | „ | 69 |
| 26. | Кватэрнае будаўніцтва і водазабясьпека беларускае вёскі—**д-р З. К. Магілеўчык** | „ | „ | 75 |

## II. Теоретическая и экспериментальная медицина.


| | Том | №№ | Стр. |
|---|---|---|---|
| 1. К вопросу о биологическом контроле оспенного детрита по Grot'у и Gins'у в сравнении с клинической проверкой—**проф. Б. Я. Эльберт и д-р С. И. Гельберг** . . . . . . | III | 1—2 | 72 |
| 2. Диагностическое и прогностическое значение картины белой крови при туберкулезе—**д-р М. А. Пратусевич** . . . | „ | „ | 83 |
| 3. К вопросу о картине красной крови при туберкулезе—**д-р А. Поляк** . . . . . . . . | „ | „ | 96 |
| 4. О результатах параллельной постановки по Бордэ-Вассерману и количественному методу Каур'а—**проф. Б. Я. Эльберт и В. М. Геркес** . . . . . . . . . | „ | 3—4—5 | 69 |
| 5. Клиническое наблюдение над реакцией скорости осаждения эритроцитов в гинекологии и акушерстве—**д-р Пратусевич** . | „ | „ | 77 |
| 6. Крысы и мыши и меры борьбы с ними—**Е. Г. Яцентковская-Потаюк** . . . . . . . . . . | „ | „ | 88 |


## III. Клиническая медицина.


| | Том | №№ | Стр. |
|---|---|---|---|
| 1. Случай комбинированного заболевания Impetiga Contagiosa острого гномерулонефрита—**д-р С. П. Соломин**. . . . | „ | 1—2 | 100 |
| 2. О пнеймококковых перитонитах у грудных детей—**д-р Ю. М. Иргер** . . . . . . . . . | „ | „ | 107 |
| 3. К клинике травматических повреждений спинного мозга при целости позвоночника—**д-р А. Е. Федорова и Е. Л. Майзельс**. | „ | 3—4—5 | 96 |
| 4. К вопросу о послеоперационных легочных осложнениях—**д-р М. И. Сорокко** . . . . . . . . | „ | „ | 98 |
| 5. К вопросу о судьбе местных трансплантатов при операции Ольби—**д-р Б. Н. Цыпкин** . . . . . . | „ | „ | 104 |
| 6. К вопросу о relaxatio diaphragma—**д-р И. М. Флекель** . . | „ | „ | 109 |
| 7. Опыты лечения заболеваний глаз фильтратом по Безредка—**д-р Н. А. Лосев** . . . . . . . . . | „ | „ | 115 |
| 8. Отдаленные последствия операции Interpositio uteri по Schaut'a Wertheim'у—**д-р К. Ф. Гродицкий** . . . . . . | „ | „ | 124 |
| 9. Лечение кожного рака формалином—**д-р И. Я. Шабунин** . | „ | „ | 128 |
| 10. Ампутация нижней конечности и протез—**д-р М. Н. Шапиро** . | „ | 6—8 | 87 |
| 11. К этиологии и хирургическому лечению генуинной эпилепсии—**д-р Е. В. Корчиц** . . . . . . . . . | „ | „ | 95 |
| 12. К вопросу о ведении последового периода и ручном отделении последа—**д-р Г. А. Кроль**. . . . . . . . | „ | „ | 100 |
| 13. Из редкой казуистики глазного кабинета Ц. Р. А. гор. Минска—**д-р М. А. Дворжец** . . . . . . . . | „ | „ | 111 |
| 14. Диабет и его лечение—**А. С. Файнгольд и А. И. Михельсон** . | „ | „ | 118 |
| 15. Сравнительная оценка методов окраски туберкулезных палочек по Ziehl-Neelsen'у и по Spengler'у—**д-р В. М. Поляк** . . | „ | „ | 144 |


## IV. Заметки из практики.


| | Том | №№ | Стр. |
|---|---|---|---|
| 1. Случай огнестрельного ранения живота с повреждением желудка, кишек и левой почки—**д-р А. Е. Мангейм** . . . | III | 3—4—5 | 131 |
| 2. Проба лечения раствором Rivanol'я хронической эмпиемы—**д-р О. К. Сидляревская-Захарова** . . . . . . | „ | „ | 134 |
| 3. К клинике подострого расширения желудка—**д-р М. И. Перельман**. . . . . . . . . . . | „ | 6—8 | 150 |
| 4. Случай успешного лечения хронического алейкемического миэлоза рентгеновскими лучами—**д-р Р. Гинзбург** . . . | „ | „ | 153 |
| 5. Случай родового травматически-инфекционного воспаления пояснично-крестцового сплетения—**Д. Марков и П. Каравайчик** . | „ | „ | 156 |

## Отчеты и корреспонденции.


| | Том | №№ | Стр. |
|---|---|---|---|
| 1. О 2-ом Всебелорусском С'езде участковых врачей—**И. О.** | III | 1—2 | 109 |
| 2 Совещание работников Оздравдета—**д-р К. И. Герман** | „ | „ | 112 |
| 3. Опыт полугодовой работы Минского Ночного Санатория—**д-р Е. Я. Кутовский-Старинский** | „ | „ | 115 |
| 4. Впечатления и итоги хирургической работы в Горецком районе—**д-р И. М. Перельман** | „ | „ | 126 |
| 5. Обзор эпидемического состояния Гомельского округа—**д-р Л. С. Марголин** | „ | „ | 141 |
| 6. Из работы 3-й консультации для беременных в Минске—**д-р П. С. Гейман** | „ | „ | 149 |
| 7. Совещание врачей-статистиков—**д-р Б. Я. Смулевич** | „ | 3—4—5 | 136 |
| 8. Первая Всебелорусская Конференция по врачебному контролю—**д-р К. И. Герман** | „ | „ | 140 |
| 9. Научное Общество Минских Врачей—**д-р М. А. Поляк** | „ | „ | 142 |
| 10. Некаторыя паданыя аб абслугоўваньні забясьпечаных аснаўнымі відамі лекавай дапамогі ў 1927-28 г.—**д-р Н. К. Фурс** | „ | 6—8 | 175 |
| 11. Краткий отчет о деятельности Гомельской Санитарно-Эпидемической Организации за 1926 год—**д-р Л. С. Марголин** | „ | „ | 177 |
| 12. 6 месяцев работы кабинета уха, горла и носа при амбулатории для застрахованных г. Полоцка—**д-р В. Витте** | „ | „ | 180 |
| 13. Усесаюзны Вадаправодны і Санітарна-Тэхнічны З'езд—**д-р З. К. Магілеўчык** | „ | „ | 183 |
| 14. Итоги 2-го Всесоюзного С'езда ото-рино-ляринголагов—**проф. С. Бурак** | „ | „ | 185 |
| 15. Научное Общество Минских Врачей—**д-р М. А. Поляк** | „ | „ | 187 |


## Обзоры.


| | Том | №№ | Стр. |
|---|---|---|---|
| 1. Витамины и их роль в питании—**Б. И. Найдус** | „ | 3—4—5 | 148 |
| 2. К вопросу о диэтическом лечении ран—**д-р Х. Б. Левина** | „ | 6—8 | 159 |
| 3. Новое о противотуберкулезной вакцинации по Calmette'у—**д-р С. И. Гельберг** | „ | „ | 164 |


## Рефераты.


Прокопчук, Цукерман, Кантор, Гельберг . . . . .


## Научно-Информационный Отдел.


Рецензии и библиографии . . . . . . .

Научная жизнь . . . . . . . .

Информационный отдел . . . . . . .

Письма в редакцию . . . . . . . .

Обращение к патологам и врачам союза . . . . .

# ОГЛАВЛЕНИЕ.

## Общественное здравоохранение и гигиена.


Стр.

*М. И. Барсуков.* Пролетарская сущность Советского Здравоохранения . . . 3
*Д. В. Лифшиц.* Советское Здравоохранение в БССР к десятилетию Октябрьской Революции . . . . . . . . . . 11
*М. А. Поляк.* До и после . . . . . . . . . . 24
*С. В. Балковец.* Первые шаги Советского Здравоохранения в Белоруссии . . 28
*Н. К. Фурс.* Дасягненьні ў справе мэдыка-санітарнага абслугоўваньня забясьпячаных к 10 годзьдзю Кастрычнікавай Рэвалюцыі . . . . . 34
*М. Б. Кроль.* Медицинский Факультет Государственного Университета . . 43
*И. М. Старобинский.* Проблема одонтологического образования и задачи кафедры стоматологии БГУ . . . . . . . . . . 61
*С. А. Гиткин.* Основные положения построения государственного бюджета по здравоохранению в Белоруссии 1927-28 г. . . . . . . 66
*И. А. Сутин.* Об эпидемическом цереброспинальном менингите в Белоруссии и результатах обследования эпидемии менингита в Крупском районе (бактериология, эпидемиология, серотерапия) . . . . . . 77
*З. К. Магілеўчык.* Санітарная справа на Беларусі к 10 гадавіне Кастрычніка . 89
*М. А. Поляк.* Краткий очерк 50-летней деятельности Общества Минских врачей 99
*М. О. Говар.* Гістарычны агляд разьвіцьця акушэрскай дапамогі . . . 109


## Клиническая медицина.


*С. М. Рубашев.* Клинические итоги периартериальной симпатектомии . . 115
*Ю. М. Иргер.* К казуистике язв гастро-анастомоза с образованием желудочно-ободочной фистулы . . . . . . . . . . 139


## Теоретическая и экспериментальная медицина.


*С. И. Ратнер.* Некоторые наблюдения над возвратным тифом . . . . 142
*Л. С. Марголин.* О результатах наблюдения над применением скарлатинозной вакцины по Габричевскому . . . . . . . 151


## Отчеты и корреспонденции.


*Л. С. Марголин.* О деятельности Гомельской санитарной станции . . . 155
*Альшванг и Фрумкина.* Работа по детскому патронату в г. Минске за 1926-27 г. 164
*Н. Фурс.* Да 30-ці годзьдзя навукова-пэдагагічнай дзейнасьці праф. Максіма Львовіча Выдрына . . . . . . . . . . 167
*Научное Общество Минских Врачей* . . . . . . . . 169
*Рефераты* . . . . . . . . . . 174
*Хроника* . . . . . . . . . . 177
*Письмо в редакцию* . . . . . . . . . 184
Список статей, помещенных в журнале „Бел. Мэд. Думка“ за 1927 г. . . 185


---

# МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

IV-й год издания

ИЗДАВАЕМЫЙ
БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИМ ИНСТИТУТОМ
ИМЕНИ ПАСТЕРА
ЛЕНИНГРАДСК. ОТДЕЛА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

IV-й год издания

ВЫХОДИТ ПЕРИОДИЧЕСКИ РАЗ В ДВА МЕСЯЦА

ПОД РЕДАКЦИЕЙ

**Акад. Д. К. Заболотного, Я. Ю. Либермана, П. П. Маслаковца, Проф. Г. А. Надсона и Акад. В. М. Омелянского**

## ПРОГРАММА ИЗДАНИЯ:

1. Оригинальные статьи по:
   а) общей и медицинской микробиологии,
   б) эпидемиологии и
   в) иммунитету.
2. Критические очерки и рефераты.
3. Русская и иностранная библиография.
4. Научная хроника.

**СТАТЬИ СНАБЖАЮТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ АВТОРЕФЕРАТАМИ (резюме) на немецком, французском или английском языках.**

Авторы, желающие поместить в журнале оригинальную статью или критический обзор, благоволят предварительно снестись с редакцией, сообщив ей характер статьи, а также характер и количество рисунков, если таковые нужны.

Критические обзоры, статьи по методике исследований, рефераты, рецензии для отдела библиографии и заметки для научной хроники могут быть сокращаемы по усмотрению редакции. Авторы, напечатавшие статью в журнале, обязуются не печатать ее в течение года (со дня выхода в свет) ни в каком другом русском издании. Статьи не оплачиваются; авторы их получают бесплатно 25 отдельных оттисков.

Заведующих Микробиологическими Институтами, Лабораториями, Станциями и вообще учреждениями, имеющими отношение к программе журнала, **редакция покорнейше просит не отказать в сообщении сведений для отдела научной хроники** о деятельности и текущей жизни упомянутых учреждений.

Авторов редакция просит присылать свои научные труды для реферирования и отзыва в журнале.

**ПОДПИСНАЯ ЦЕНА: на 1928 г. в СССР 8 р., за границу 10 р. с пересылкой.**

Требование и деньги надлежит адресовать в издательство „Практическая Медицина“ (Ленинград, ул. Лассаля, 2).

*АДРЕС РЕДАКЦИИ:*

*Ленинград, Бактер. Инст. имени Пастера, ул. Мира, 12-а.*

Редакция открыта для переговоров: по вторникам и четвергам от 11—1 ч. дня.

*Ответственный редактор Я. Ю. ЛИБЕРМАН.*
*Секретарь С. С. КАЗАРНОВСКАЯ.*

